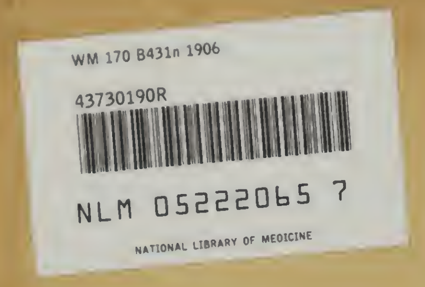






Belitskii, IU. K.

Д-ра мед. Ю. БѢЛИЦКАГО.

НЕВРАСТЕНІЯ

ЕЯ СУЩНОСТЬ, ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ВИДЫ

И

ЛЕЧЕНІЕ

Изъ клиники академика **В. М. Бехтерева**.

Предисловіе академика **В. М. Бехтерева**.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Электро-Типографія Н. Я. Стойковой, Знаменская, 27.
1906.

Предисловіе.

Болѣзненная форма, извѣстная подъ названіемъ нервной слабости или неврастеніи, благодаря своей необычайной распространенности и мучительности для самихъ больныхъ, заслуживаетъ значительно большаго вниманія, чѣмъ это до сихъ поръ ей удѣлялось въ русской литературѣ, въ общемъ довольно бѣдной сочиненіями, относящимися къ неврастеніи. Въ то время какъ въ иностранной литературѣ за послѣдніе два десятка лѣтъ появились солидные труды, посвященные неврастеніи, какъ напр.: Axenfeld'a, Müller'a, Arndt'a, Bouveret, Levillain'a, Löwenfeld'a, Binswanger'a и Krafft-Ebing'a, въ русской литературѣ мы встрѣчаемся лишь съ небольшими работами и статьями, посвященными описанію неврастеніи и ея симптомовъ и не имѣемъ до сихъ поръ даже книги, дающей болѣе или менѣе полное знакомство съ положеніемъ вопроса о неврастеніи. Между тѣмъ самое понятіе о неврастеніи, благодаря подавляющему количеству субъективныхъ жалобъ больныхъ при сравнительно малой уловимости объективныхъ признаковъ болѣзненнаго состоянія, представляется чрезвычайно расплывчатымъ и даже вопросъ о томъ, что понимать

подъ названіемъ неврастенія до сихъ поръ служитъ еще предметомъ разнорѣчивыхъ мнѣній среди врачей.

Какъ болѣзнь, неврастенія нѣкоторыми даже не признается серьезнымъ страданіемъ, а между тѣмъ, что можетъ быть мучительнѣе того состоянія, когда человѣкъ физически представляется относительно здоровымъ и въ то же время постоянно терзается мыслями о своемъ тяжеломъ недугѣ, находясь подъ страхомъ близкой смерти, и вмѣстѣ съ тѣмъ, имѣя въ общемъ достаточно умственныхъ силъ, не можетъ пользоваться ими по причинѣ своего болѣзненнаго состоянія.

Въ общемъ надо признать, что, не смотря на огромную научную литературу о неврастеніи, появившуюся главнымъ образомъ на западѣ, мы все же еще не только недостаточно знакомы съ сущностью самой болѣзни, но даже и невполнѣ исчерпали ея разнообразныя проявленія, ввиду чего появленіе у насъ монографіи о неврастеніи, основанной какъ на литературномъ матеріалѣ, такъ и на личныхъ наблюденіяхъ автора нельзя не признать насущной потребностью времени. Къ особымъ достоинствамъ книги слѣдуетъ отнести общедоступность ея языка и ясность изложенія, благодаря чему она можетъ читаться и тѣми лицами изъ публики, которыя интересуются тѣми или другими вопросами относящимися до неврастеніи.

В. Бехтеревъ.

Августъ 1906 г.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Введеніе.

Одна изъ болѣзней, названіе которой все чаще и чаще произносится въ послѣдніе годы какъ врачами, такъ и не врачами, является безспорно „неврастенія“. Было бы однако неправильно думать, что неврастенія есть болѣзнь новѣйшая. Проф. Strümpell говоритъ, что болѣзнь эта столь-же стара, какъ и вообще наши свѣдѣнія о болѣзняхъ человѣка; и если многіе склонны видѣть причину увеличивающейся частоты неврастеніи въ безпрерывной сутолокѣ, въ безпокойствѣ и возбужденіяхъ „современной“ жизни, то стоитъ только вглядѣться въ исторію предыдущихъ вѣковъ съ ихъ ужасами и безконечными войнами, чтобы убѣдиться, что взглядъ этотъ крайне ошибоченъ. Новымъ является только названіе „неврастенія“ и болѣе правильный взглядъ на сущность болѣзни, а также и умѣніе отличить ее отъ другихъ нервныхъ страданій, чѣмъ мы обязаны американскому невропатологу Beard'у.

Въ пользу существованія неврастеніи во времена сравнительно глубокой древности, говорятъ, между прочимъ, и произведенія великихъ людей, въ которыхъ они описываютъ съ замѣчательной точностью различныя состоянія своего физическаго и душевнаго міра. Въ произведеніяхъ этихъ, являющихся какъ-бы документами человѣческихъ страданій прежнихъ временъ, мы встрѣчаемся также и съ картиной интересующей насъ болѣзни. Для примѣра укажу на работу Heitler'а, въ которой авторъ разбираетъ поэти-

ческое произведеніе Овидія, его „Tristia“. Въ письмахъ своихъ къ друзьямъ, знаменитый поэтъ жалуется на свои страданія, вызванныя ссылкой. Онъ часто плачетъ, не выноситъ климата, чувствуетъ себя тѣлесно совершенно разбитымъ и страшно угнетеннымъ. „Съ тѣхъ поръ, какъ я въ Понтѣ“, пишетъ Овидій, „меня преслѣдуютъ ужасающія сновидѣнія; я не могу ни спать, ни ѣсть; тѣло мое совершенно истощено; но еще болѣе страдаю я душевно; и когда вспомню о прошедшемъ и сравню его съ настоящимъ, то мнѣ хочется умереть“. Въ этихъ немногихъ словахъ поэтъ даетъ намъ сжато характерные симптомы неврастеніи: мы встрѣчаемъ здѣсь истощеніе, наклонность къ слезамъ, различнаго рода страхи, отсутствіе сна, диспепсію, общую слабость и т. д. Другой примѣръ неврастеніи, но въ болѣе позднее время, мы находимъ у Binet-Sangle, который разбирая болѣзнь Паскаля, признаетъ его неврастеникомъ и, притомъ, страдающимъ тяжелой формой этого невроза.

Со времени подробнаго описанія Beard'омъ неврастеніи, прошло около 25 лѣтъ, и литература, касающаяся даннаго вопроса, разрослась до громадныхъ размѣровъ. Уже одно это обстоятельство указываетъ на то важное значеніе, какое имѣетъ неврастенія среди безконечно разнообразныхъ болѣзней, поражающихъ человѣчество, и на тотъ интересъ, съ которымъ врачи изучаютъ это страданіе. Rockwell считаетъ неврастенію наиболѣе важнымъ функціональнымъ неврозомъ, а Erb прибавляетъ, что неврозъ этотъ не только наиболѣе важный, но и наиболѣе частый.

Несмотря однако на частоту и важность заболѣванія, а также на обширную литературу по данному вопросу, знакомство наше съ неврастеніей недостаточно и далеко не достигло той полноты и законченности, которая желательна при изученіи всякой нозологической единицы. Причиной

этому служитъ трудность изучаемаго предмета. Проявляясь цѣлымъ рядомъ разнообразнѣйшихъ симптомовъ, симулируя органическія пораженія различныхъ частей нервной системы, а также и другихъ органовъ, неврастенія, по словамъ проф. Raymond'a является источникомъ важныхъ діагностическихъ ошибокъ со стороны врачей. Кромѣ того, намъ до сихъ поръ не удалось обнаружить при неврастеніи какихъ либо характерныхъ и постоянныхъ измѣненій въ нервной системѣ или въ другихъ частяхъ человѣческаго тѣла, вслѣдствіе чего мы принуждены помѣстить неврастенію въ группу неврозовъ безъ опредѣленной анатомической основы. Послѣднее обстоятельство, которое, быть-можетъ, зависитъ отъ недостаточной, пока, разработки микроскопической техники, лишаетъ возможности провѣрить прижизненный діагнозъ и устранить до нѣкоторой степени тѣ противорѣчія и разногласія, которыя существуютъ у авторовъ относительно сущности и причинъ неврастеніи. Правда, съ каждымъ годомъ кругъ болѣзней, считавшихся чисто функціональными, безъ анатомической основы, все болѣе и болѣе суживается, чѣмъ мы преимущественно обязаны успѣхамъ техники окраски и обработки препаратовъ; къ сожалѣнію однако неврастенія не вышла еще изъ списка функціональныхъ неврозовъ, и можетъ-быть нескоро настанетъ то время, когда мы, на основаніи видимыхъ измѣненій нервной системы, сможемъ себѣ болѣе или менѣе удовлетворительно объяснить по крайней мѣрѣ физическіе симптомы этого заболѣванія. Относительно же психическихъ симптомовъ приведу мнѣніе Obersteiner'a, который считаетъ, что вообще, при всякой органической нервной болѣзни, могутъ наблюдаться симптомы, которые необъяснимы обнаруженными измѣненіями нервной системы, и доказываютъ свое психическое происхожденіе успѣшнымъ вліяніемъ на нихъ психическихъ-же воздѣйствій. Изъ новѣйшихъ авторовъ Sneve особенно го-

рячо рекомендуетъ изученіе физіологіи и анатоміи коры мозга, что̀, по его мнѣнію, можетъ повести, между прочимъ, къ пониманію нѣкоторыхъ симптомовъ неврастеніи.

Попытку дать анатомо-физіологическое объясненіе происхожденію функціональныхъ неврозовъ вообще, въ частности и неврастеніи, сдѣлалъ недавно Otis y Esquerdo.

Кромѣ медицинской важности изученія неврастеніи, имѣющаго цѣлью помочь неврастенику, который не живетъ полной жизнью, а лишь прозябаетъ въ моральномъ и физическомъ отношеніяхъ,—разработка этого вопроса важна и съ соціально-юридической точки зрѣнія, а именно: спрашивается какъ должно относиться къ такъ называемой травматической неврастеніи, т. е. неврастеніи, появившейся вслѣдъ за увѣчьемъ, либо пораненіемъ, столь часто имѣющимъ мѣсто въ фабрично-заводской жизни. Не лишенъ ли возможности потерпѣвшій, вслѣдствіе пріобрѣтенной неврастеніи, зарабатывать въ дальнѣйшемъ средства къ существованію, и въ какой степени онъ можетъ разсчитывать на излѣченіе? Не касаясь подробно этого вопроса, укажу лишь на одну работу Маркова и на судебное разбирательство въ Парижѣ въ 1903 г., имѣвшее цѣлью отвѣтить на подобные вопросы.

Марковъ, на основаніи своихъ наблюденій, приходитъ къ выводамъ, что нервныя разстройства, какъ слѣдствіе травмы, могутъ появиться у лицъ, не имѣющихъ никакихъ признаковъ истеріи, что разстройства эти могутъ быть весьма тяжелыми и повлечь за собой неспособность къ труду, и что врачъ-экспертъ, давая свое заключеніе по поводу послѣдствій травмы, долженъ быть весьма остороженъ въ своей прогностикѣ даже въ томъ случаѣ, если, въ теченіе установленнаго закономъ срока, не обнаружится еще вліяніе травмы на организмъ потерпѣвшаго.

Что же касается процесса, разбиравшагося въ парижской судебной палатѣ въ 1903 году, то онъ обратилъ на себя все-

общее внимание и былъ особенно интересенъ тѣмъ, что, резолюціей суда, травматическая неврастенія была впервые разсматриваема какъ несчастный случай съ рабочимъ, лишившій послѣдняго возможности съ прежнимъ успѣхомъ зарабатывать средства къ существованію, вслѣдствіе чего и состоялся приговоръ, чтобы отвѣтчикъ уплачивалъ потерпѣвшему ежегодно 225 франковъ втеченіе всей его жизни. Такимъ образомъ неврастенія, въ данномъ случаѣ, была признана равносильной неизлечимому увѣчью.

Съ судебно-медицинской точки зрѣнія особенно важно изученіе психическихъ симптомовъ, встрѣчающихся при неврастеніи, такъ какъ на почвѣ истеріи и неврастеніи могутъ временно развиваться состоянія патологическихъ аффектовъ, во время которыхъ человѣкъ, не ясно сознавая значенія совершаемыхъ имъ поступковъ, тѣмъ самымъ не долженъ являться отвѣтственнымъ за ихъ послѣдствія.

Первымъ изъ авторовъ, коснувшихся вопроса о судебно-медицинской оцѣнкѣ проступковъ, совершенныхъ неврастениками, былъ профессоръ В. М. Бехтеревъ. Въ своей работѣ „Психопатія и ея отношеніе къ вопросу о вмѣненіи“ авторъ говоритъ, что въ силу особенностей психической сферы больныхъ, страдающихъ психо-неврастеніей, дѣйствія и поступки ихъ рѣдко являются результатами спокойнаго размышленія. Напротивъ того, постоянно увлекаясь то тѣмъ, то другимъ, эти лица обнаруживаютъ на каждомъ шагу поступки и дѣйствія, которыя по меньшей мѣрѣ носятъ характеръ незрѣло обдуманныхъ дѣйствій. Кромѣ того у нихъ наблюдаются болѣзненные импульсы, которые, проявляясь мимолетно или съ нѣкоторымъ постоянствомъ въ теченіи извѣстнаго времени или періодически, могутъ выражаться самыми различными дѣйствіями, смотря по характеру которыхъ въ прежнее время различали разрушительные импульсы, импульсы къ воровству (клептоманія), къ пьянству (дипсоманія), къ поджогамъ (пиромания) и пр.

На практикѣ, вопросъ о томъ, имѣется ли дѣло съ свободнымъ проявленіемъ воли или нѣтъ, можетъ представить затрудненія лишь въ такихъ случаяхъ, когда разстройство или уклоненія психической сферы менѣе рѣзко выражены, и когда больные стоятъ въ полномъ смыслѣ слова на рубежѣ здоровья и болѣзни. Говорить о не свободной волѣ въ такихъ случаяхъ нельзя, такъ какъ при обычныхъ условіяхъ эти лица могутъ дѣйствовать здраво, обдуманно и даже обнаруживать бо̀льшую находчивость и сообразительность нежели люди средняго уровня. Ихъ ненормальное состояніе даетъ себя чувствовать главнымъ образомъ при условіяхъ, которыя и здороваго человѣка выводятъ изъ состоянія обычнаго психическаго равновѣсія.

На этомъ основаніи, продолжаетъ акад. Бехтеревъ, было бы несправедливо считать болѣе слабыя формы психопатіи моментомъ, вездѣ и всегда исключающимъ вмѣняемость.

Во многихъ случаяхъ, обсуждая преступныя дѣйствія такого рода психопатовъ, мы можемъ говорить только о нѣкоторой слабости воли, не дающей возможности этимъ лицамъ обнаруживать, на пути къ совершенію проступка, ту степень противодѣйствія, которую способны оказывать здоровые субъекты; или же мы можемъ говорить только о нѣкоторомъ повышеніи чувственной стороны душевной жизни, особенно рѣзкомъ проявленіи страстей, которыя приводятъ подобнаго субъекта на путь преступленія съ тѣмъ большей легкостью, что, по своимъ психическимъ силамъ, онъ не въ состояніи противодѣйствовать имъ такъ успѣшно, какъ лица вполнѣ здоровыя. По этому для такого рода случаевъ, такъ-же, какъ и для нѣкоторыхъ случаевъ истеріи, для случаевъ съ пораженіемъ мозга, не влекущихъ за собою настоящей душевной болѣзни, было бы правильнѣе всего примѣнять уменьшенную или неполную вмѣняемость, допускаемую нѣкоторыми изъ западныхъ законо-

дательствъ. Говорить о безусловной вмѣняемости совершившаго преступленіе, если существованіе хотя бы и слабо выраженныхъ явленій психопатіи констатировано путемъ экспертизы, по мнѣнію автора, ни въ коемъ случаѣ нельзя. Для подобнаго рода случаевъ, примѣняясь къ нашему уголовному законодательству, должно считать обязательнымъ признаніе уменьшающихъ, или смягчающихъ вину обстоятельствъ, т. е. такъ называемой уменьшенной вмѣняемости.

Но и такого рода условная или смягченная вмѣняемость нисколько не можетъ быть примѣнима ко всѣмъ безъ исключенія случаямъ менѣе рѣзко выраженной психопатіи. Нѣкоторыя временно наступающія разстройства у психопатовъ всегда должны быть подводимы подъ категорію безусловной невмѣняемости. Къ такимъ разстройствамъ должны быть причислены: патологическій аффектъ, сопровождающійся помраченіемъ сознанія, появленіе галлюцинацій и бреда, импульсивныя дѣйствія и влеченія, возникающія изъ органическихъ основаній и обнаруживающіяся у психопатовъ или подъ вліянемъ внѣшнихъ поводовъ, или же появляющіяся самостоятельно подъ вліяніемъ присутствующихъ въ ихъ организмѣ уклоненій.

Dorliat въ своей диссертаціи, касающейся между прочимъ значенія неврастеніи въ судебной медицинѣ, говоритъ, что съ соціальной точки зрѣнія болѣе всего характеризуетъ неврастеника его нерѣшимость, уменьшеніе силы воли, какъ бы безволіе, которое приводитъ къ полному нравственному паденію.

По мнѣнію Levillain'а приходится уменьшать отвѣтственность неврастениковъ за совершенные ими проступки, такъ какъ они могутъ совершить таковые вслѣдствіе отсутствія воли и повышенной раздражительности ихъ характера. Точно также, говоритъ авторъ, необходимо помнить, что не-

врастенія является часто причиной бродяжничества, съ чѣмъ необходимо сообразоваться, принимая тѣ или иныя мѣры противъ этого антисоціальнаго явленія.

Не буду останавливаться на перечисленіи тѣхъ плодотворныхъ, какъ въ практическомъ, такъ и въ теоретическомъ отношеніяхъ, результатовъ, которые должны получиться отъ возможно всесторонняго изученія неврастеніи. Подобное знакомство съ неврастеніей можетъ явиться въ будущемъ какъ результатъ дружной и неутомимой работы цѣлаго ряда лицъ, заинтересованныхъ этимъ предметомъ. И, хотя въ настоящее время мы еще довольно далеко отъ указанной цѣли, все-же за послѣдніе 25 лѣтъ, благодаря Beard'у, сумѣвшему возбудить интересъ многихъ врачей къ этому неврозу, мы начинаемъ приближаться къ пониманію неврастеніи. Но что же собственно сдѣлано за послѣднюю четверть вѣка по данному предмету? Отвѣтить на этотъ вопросъ и подвести итоги полученнымъ въ этомъ направленіи результатамъ и составляетъ главную задачу настоящей моей работы.

Считаю долгомъ замѣтить, что мысль объ исполненіи подобной работы была подана мнѣ глубокоуважаемымъ академикомъ В. М. Бехтеревымъ, и я съ особой готовностью принялся за изученіе относящейся сюда литературы за послѣдніе 25 лѣтъ, присоединивъ къ ней и нѣкоторыя свои личныя наблюденія. Буду считать себя болѣе чѣмъ удовлетвореннымъ, если осуществленіемъ указанной мысли мнѣ удастся облегчить ознакомленіе съ неврастеніей и тѣмъ самымъ, хотя бы косвенно, способствовать дальнѣйшему изученію этого тяжкаго недуга, причиняющаго человѣчеству неисчислимыя страданія.

I.

Опредѣленіе и сущность неврастеніи.

Первымъ, кто ввелъ въ медицинскую литературу терминъ „неврастенія“, былъ американскій невропатологъ, врачъ въ Нью-Іоркѣ, Georges Beard (1840—1883). Названіе „неврастенія“, заимствованное изъ греческаго языка и означающее въ переводѣ „нервная слабость“, было дано Beard'омъ для обозначенія особаго нервнаго страданія, впервые имъ довольно точно и ясно описаннаго. Albert Mathieu, говоря о работѣ Beard'a, замѣчаетъ, что эта послѣдняя является какъ-бы библіей неврастеніи. Нужно однако замѣтить, что еще задолго до Beard'a въ литературѣ встрѣчаются описанія нѣкоторыхъ симптомовъ этого заболѣванія: такъ главные изъ нихъ были описаны уже Гиппократомъ, а Галенъ подробно разбираетъ вліяніе желчи на нервные центры, какъ причину меланхоліи. У авторовъ новыхъ вѣковъ также имѣются указанія на неврастеническія болѣзненныя: состоянія, которыя и описываются ими подъ названіемъ „Vapores“. Причину этихъ болѣзненныхъ состояній они видѣли во вредныхъ газахъ, развивающихся изъ гніющей спермы и менструальной крови, при чемъ смѣшивали „Vapores“ съ другими общими неврозами, какъ-то ипохондріей и истеріей. Первую попытку отдѣлить отъ нихъ неврастенію сдѣлалъ Whytt въ 1765 г. (Krafft-Ebing *), назвавъ ее „Nervousness“. Изъ позднѣйшихъ авто-

*) При составленіи настоящаго труда, я, кромѣ авторовъ, помѣщенныхъ въ концѣ книги, пользовался изъ крупныхъ работъ преимущественно работой Krafft-Ebing'a „Nervosität und neurasthenische Zustände“.

ровъ, особаго вниманія, по данному вопросу, заслуживаютъ работы Sandras (Traité pratique des maladies nerveuses, 1851) и Bouchut (De l'état nerveux aigu et chronique, 1860).

Кому-же однако принадлежитъ заслуга соединенія въ одну опредѣленную картину болѣзни, часто наблюдавшіеся и разнообразные по своему характеру, симптомы неврастеніи? Этимъ, какъ уже было выше сказано, мы всецѣло обязаны Beard'у.

Въ предисловіи къ I-му изданію своей книги Beard говоритъ, что его первая работа, касающаяся неврастеніи и появившаяся въ Boston medic. and. surg. Journal 29 Апрѣля 1879 года, основана была на наблюденіи 30 случаевъ. Въ Америкѣ работа эта вначалѣ не вызвала никакого интереса среди тамошнихъ врачей; въ Англіи-же, вскорѣ послѣ этого, появилась статья Hugh Campbell, представлявшая собой въ сущности лишь извлеченіе изъ работы Beard'a. Особенный интересъ и вполнѣ научную оцѣнку полученныхъ Beard'омъ данныхъ мы встрѣчаемъ въ Германіи, гдѣ выдающіеся невропатологи (Erb и др.) обратили должное вниманіе на изученіе этого невроза. Во Франціи, преимущественно Charcot, со свойственнымъ ему талантомъ, способствовалъ проведенію болѣе точныхъ границъ неврастеніи и многое сдѣлалъ для дифференціальной діагностики „нервной слабости" отъ истеріи.

Въ предисловіи ко II-му изданію Beard касается вопроса о пріоритетѣ, поднятаго нѣкоторыми изъ его критиковъ, и говоритъ о судьбѣ научныхъ открытій, которыми обыкновенно вначалѣ не интересуются, о которыхъ впослѣдствіи спорятъ и въ концѣ концовъ считаютъ за старую истину. „Область неврастеніи", говоритъ Beard, „была доступна многочисленнымъ взорамъ, ея контуры обрисовывались и область изслѣдовалась, но все-же она оставалась чѣмъ-то таинственнымъ. Но то, что заключается въ этой области,

каковы ея границы, каково ея отношеніе къ сосѣднимъ областямъ — ипохондріи, истеріи и душевнымъ разстройствамъ, объ этомъ высказывались тысячи предположеній. Тотъ, кто дастъ вѣрный отвѣтъ на эти вопросы, введетъ неврастенію въ область науки и сдѣлаетъ ее менѣе страшной для человѣчества“.

Къ сожалѣнію, всѣ предложенные Beard'омъ вопросы являются въ настоящее время далеко еще не рѣшенными въ окончательной формѣ: понятіе о неврастеніи не вполнѣ выяснено и границы этого невроза, отдѣляющія его съ одной стороны отъ простой нервности, а съ другой—отъ ипохондріи и истеріи, недостаточно точно проведены. Въ виду сказаннаго, мнѣ кажется умѣстнымъ въ самомъ-же началѣ коснуться вопроса объ опредѣленіи и сущности неврастеніи и изложить относящіяся сюда мнѣнія различныхъ авторовъ.

Со времени Beard'a неврастенію разсматриваютъ какъ функціональную нервную болѣзнь, т. е. такую болѣзнь, при которой современными нашими методами изслѣдованія нельзя обнаружить никакихъ опредѣленныхъ анатомическихъ измѣненій. Впрочемъ не всѣ согласны со словомъ „болѣзнь“: такъ напр. Arndt считаетъ, что неврастенія не есть въ сущности болѣзнь sui generis, а, подобно всѣмъ функціональнымъ разстройствамъ, является лишь симптомо-комплексомъ какихъ-то болѣзненныхъ измѣненій, и что неврастенія чаще всего служитъ началомъ иногда очень тяжкихъ страданій. Въ своей работѣ, появившейся въ 1885 году, этотъ авторъ говоритъ, что вообще не слѣдуетъ противополагать органическимъ болѣзнямъ функціональныя, такъ какъ всѣ болѣзни являются въ сущности органическими, и тѣ, которыя мы понимаемъ подъ словомъ „функціональныя“, основаны на столь тонкихъ и нѣжныхъ анатомическихъ измѣненіяхъ органовъ, что при ихъ изслѣдованіи они кажутся неизмѣненными.

Такого-же мнѣнія относительно неврастеніи держатся Sanctis и Clausse. По мнѣнію этого послѣдняго, неврастенія является весьма неопредѣленнымъ и плохо отграниченнымъ страданіемъ, подъ именемъ которой скрываются различныя болѣзненныя явленія, зависящія отъ самыхъ разнообразныхъ причинъ. Можетъ-быть, говоритъ авторъ, неврастеніи и не существуетъ какъ отдѣльной болѣзни, а имѣются лишь неврастеническія состоянія со сходными между собой симптомами.

Vial идетъ дальше и считаетъ неврастенію лишь симптомомъ вырожденія, расширяя этимъ и безъ того уже обширную область дегенеративныхъ заболѣваній. Также Nypelseer, Smith, Elsner, Sterne и нѣкоторые др. считаютъ неврастенію не болѣзнью, а лишь симптомокомплексомъ, не представляя однако въ подкрѣпленіе своего мнѣнія никакихъ доказательныхъ данныхъ.

Въ противоположность приведеннымъ мнѣніямъ, не признающимъ неврастенію болѣзнью sui generis, мы встрѣчаемъ въ литературѣ цѣлый рядъ авторитетныхъ невропатологовъ, считающихъ неврастенію особой функціональной нервной болѣзнью.

Для примѣра укажу на Johnson'a, который еще въ 1880 г. т. е. тотчасъ послѣ появленія работы Beard'a, опредѣляетъ нервную слабость, какъ хроническую функціональную болѣзнь нервной системы. Arcari въ своей работѣ „О неврастеніи" цитируетъ Wenberger'a, по мнѣнію котораго неврастенія—особая функціональная болѣзнь; а Pelizaeus говоритъ, что почти всѣ авторы согласны со взглядомъ Erb'a, по которому неврастенія есть болѣзнь, сопровождающаяся нарушеніемъ функцій нервной системы, безъ видимой анатомической основы, вслѣдствіе чего и слѣдуетъ, пока, помѣстить ее въ отдѣлѣ функціональныхъ неврозовъ. То-же говорятъ Bouveret и Cowles.

Kothe считаетъ, что неврастенія представляетъ собою такую болѣзнь, анатомическую основу которой нужно искать

лишь въ молекулярныхъ измѣненіяхъ нервныхъ центровъ, не влекущихъ за собою измѣненія внѣшняго вида клѣтокъ.

Въ новѣйшее время Rockwell, излагая мнѣнія различныхъ авторовъ, касающіяся природы неврастеніи, приходитъ къ выводу, что необходимо разсматривать ее, подобно Gowers'у, какъ совершенно самостоятельную болѣзнь. Такого-же мнѣнія держится и Levillain.

Что Charcot смотрѣлъ на неврастенію, какъ на особую болѣзнь, доказываетъ уже то обстоятельство, что знаменитый невропатологъ много способствовалъ отграниченію неврастеніи отъ другихъ неврозовъ и особенно отъ истеріи.

Krafft-Ebing въ своей книгѣ „Nervosität und neurasthenische Zustände“ говоритъ, что неврастенію можно опредѣлить какъ особую функціональную нервную болѣзнь.

Находя излишнимъ перечислять всѣхъ авторовъ, разсматривающихъ интересующее насъ заболѣваніе какъ особый функціональный неврозъ, укажу лишь еще на учебникъ болѣзней нервной системы Fleury, появившійся 1904 г. въ которомъ авторъ, въ главѣ о неврастеніи, трактуетъ объ этой болѣзни какъ объ особомъ, всѣми признанномъ, неврозѣ подобно истеріи или Базедовой болѣзни.

Такимъ образомъ, кажется мнѣ, мы не ошибемся, если скажемъ, что въ настоящее время неврастенія разсматривается большинствомъ авторовъ, какъ особая нервная болѣзнь безъ опредѣленной анатомической основы.

Затѣмъ является вопросъ, какая область нервной системы бываетъ поражена въ случаѣ подобнаго заболѣванія, если судить объ этомъ по разнообразнымъ симптомамъ и проявленіямъ неврастеніи.

Krafft-Ebing, какъ и многіе другіе авторы, замѣчаетъ по этому поводу, что неврастенія является общимъ неврозомъ, т. е. неврозомъ, распространяющимся почти на всю нервную систему, однако преимущественно съ центральной (мозго-

вой) локализаціей и съ преобладаніемъ психическихъ симптомовъ. Такимъ образомъ нервную слабость можно считать невро-психозомъ. Особенно большое значеніе придаетъ психическимъ симптомамъ при неврастеніи Walker, который полагаетъ, что эти послѣдніе аналогичны симптомамъ, встрѣчающимся въ началѣ нѣкоторыхъ органическихъ заболѣваній мозга, какъ-то, напримѣръ, при паралитическомъ слабоуміи и т. д. Различіе между неврастеніей и нѣкоторыми формами душевныхъ болѣзней заключается лишь въ степени развитія психическихъ симптомовъ, сущность же послѣднихъ одна и та-же и заключается въ патологическомъ ослабленіи психическихъ функцій.

Robinson, въ своей работѣ объ электротерапіи неврастеніи, высказываетъ взглядъ, согласно которому при этой болѣзни болѣе всего является затронутой симпатическая нервная система.

Кромѣ психическихъ симптомовъ, на ряду съ ними, встрѣчается при неврастеніи цѣлый рядъ двигательныхъ, чувствительныхъ, сосудо-двигательныхъ, секреторныхъ и другихъ разстройствъ, которыя однако вызываются и, въ значительной мѣрѣ, обусловливаются психическими процессами. Вліянію этихъ психическихъ процессовъ, говоритъ Krafft-Ebing, способствуетъ съ одной стороны значительная самовнушаемость и впечатлительность больныхъ, а съ другой стороны легкая возбудимость ихъ нервныхъ центровъ и путей.

Видимымъ проявленіемъ указанныхъ выше разстройствъ служитъ ненормально легкая возбудимость нервной системы на всякаго рода раздраженіе съ послѣдующей столь-же легкой истощаемостью ея, слѣдствіемъ чего можетъ явиться временная, а иногда и постоянная бездѣятельность. Такимъ образомъ названіе неврастенія или „нервная слабость“ по мнѣнію Krafft-Ebing'а, вполнѣ характеризуетъ данное страданіе. Замѣчу между прочимъ, что Hughes предпочитаетъ

термину „неврастенія“ терминъ „функціональная нервная атрофія“ (neuratrophia).

Что неврастенія характеризуется легкой возбудимостью и столь-же легкимъ истощеніемъ нервной системы, съ этимъ, насколько мнѣ извѣстно, согласны всѣ авторы, высказывая въ тѣхъ или иныхъ выраженіяхъ эту-же самую мысль. Для примѣра укажу на нѣкоторыхъ изъ нихъ. Такъ, Johnson говоритъ, что неврастенія характеризуется „нервнымъ ослабленіемъ, повышенной чувствительностью и раздражительностью“. Liebmann считаетъ. что неврастенія представляетъ собою первную слабость, проявляющуюся уменьшеніемъ силы нервной системы и, притомъ, безъ видимыхъ органическихъ пораженій. Wenberger (Arcari) замѣчаетъ, что нервная слабость выражается повышеніемъ чувствительности и пониженіемъ сопротивляемости нервной системы. Bouveret говоритъ, что для неврастеніи характерно продолжительное ослабленіе силы нервой системы, а Bartlett высказываетъ мнѣніе, что неврастенія есть функціональная болѣзнь нервной системы, проявляющаяся главнымъ образомъ астеніей и истощеніемъ. Kacherov, въ своей диссертаціи, замѣчаетъ, что неврастенія есть психоневрозъ, характеризующійся общимъ ослабленіемъ нервной системы, при чемъ выражается преимущественно бо̀льшимъ или меньшимъ пониженіемъ активныхъ силъ. Что для неврастеніи въ высшей степени характерна раздражительная слабость, на это особенно указываетъ Savill, говоря, что неврастенія есть ничто иное, какъ раздражительная слабость.

Указанная выше ненормально легкая возбудимость и истощаемость нервной системы можетъ, какъ замѣчаетъ Krafft-Ebing, быть обусловленной особымъ *предрасположеніемъ*, либо быть *пріобрѣтенной* вслѣдствіе чрезмѣрной работы нервныхъ центровъ и путей. Часто однако оба эти условія

имѣются на лицо, и. въ такомъ случаѣ, благодаря существующему предрасположенію, нервные аппараты приходятъ въ состояніе „раздражительной слабости" уже послѣ самой незначительной работы.

Считаю умѣстнымъ еще разъ указать на то обстоятельство, что при неврастеніи психическіе симптомы имѣютъ преобладающее значеніе, и, по выраженію проф. Strümpell'я, многочисленныя физическія жалобы неврастениковъ, въ концѣ концовъ, сводятся главнѣйшимъ образомъ къ нарушенію идейной жизни.

Попытка найти основу неврастеническихъ разстройствъ въ нервной системѣ исходитъ изъ того неоспоримаго факта, что явленія нервной слабости бываютъ слѣдствіемъ временнаго переутомленія и чрезмѣрнаго раздраженія, которыя достаточно хорошо извѣстны всякому человѣку, занимающемуся, въ наше культурное время, какимъ-либо умственнымъ трудомъ. Явленія нервной слабости не представляютъ собою ничего иного, какъ стойкія проявленія нервной жизни, при которой невозможно привести въ равновѣсіе приходъ и расходъ нервныхъ силъ.

Кто не можетъ успѣшно заниматься своимъ дѣломъ и исполняетъ свои обязанности неохотно и съ трудомъ, чувствуетъ себя уставшимъ и неосвѣжившимся послѣ сна, нескоро засыпаетъ и во снѣ занятъ мыслями о дневныхъ треволненіяхъ:—кто необыкновенно чувствителенъ къ повседневнымъ мелочамъ будничной жизни и жалуется на неспособность къ умственному труду, на тяжесть въ головѣ, на приливы крови къ мозгу, на сердцебіеніе и на другіе сосудодвигательные симптомы, тотъ—слабый нервами и нуждается въ отдыхѣ.

Такимъ образомъ, неврастенія, говоритъ Krafft-Ebing, въ сущности равнозначна утомленію нервныхъ элементовъ, и все то, что ведетъ къ утомленію этихъ послѣднихъ, въ

состояніи вызвать указанный неврозъ. Хотя изслѣдованія, касающіяся сущности неврастеніи, и вытекаютъ изъ нашихъ физіологическихъ знаній объ утомленіи, не должно однако упускать изъ виду, что утомленіе въ физіологическихъ предѣлахъ является состояніемъ быстро исчезающимъ послѣ отдыха, при чемъ исчезаетъ и связанная съ утомленіемъ, повышенная возбудимость нервовъ; между тѣмъ при неврастеніи обнаруживается немедленно весьма значительная усталость, несоотвѣтствующая силѣ и продолжительности раздраженія,—усталость, которая при томъ держится все время, пока имѣются въ наличности болѣзненныя разстройства, „такъ что", говоритъ Erb, „мы имѣемъ дѣло съ патологически усиленными и закрѣпленными физіологическими процессами усталости".

Graham замѣчаетъ по этому поводу, что наиболѣе простой формою неврастеніи является естественная усталость, какъ слѣдствіе ежедневной работы, которая компенсируется питаніемъ и сномъ.

Strahan считаетъ, что неврастенія состоитъ въ разслабленіи, утомленіи всей нервной системы, или какой-либо изъ ея частей, и сопряжена съ нарушеніемъ питанія, но безъ органическихъ пораженій спинного или головного мозга.

Knapp смотритъ на неврастенію также какъ на особый родъ усталости, и говоритъ, что неврастенія это—хроническое утомленіе, зависящее отъ истощенія клѣтокъ мозговой коры.

Для Neff, неврастенія, съ точки зрѣнія экспериментальной физіологіи, совпадаетъ съ измѣненіями нервной клѣтки, вызванными усталостью.

Не стану перечислять здѣсь всѣхъ авторовъ, которые, въ основу сущности неврастеніи, ставятъ явленія усталости, — съ чѣмъ въ настоящее время согласны почти всѣ

невропатологи — а укажу лишь еще на Puntoн'а, Lagrange, Ballet, Fleury, Gayle и Rockwell'я, особенно ясно высказывающихъ этотъ-же взглядъ. Первый изъ нихъ опредѣляетъ неврастенію, какъ истинную нервную усталость, характеризующуюся ненормально повышенной реакціей нервныхъ центровъ на раздраженіе всякаго рода. Lagrange, въ своей работѣ, приводитъ мнѣніе Ballet, который говоритъ, что неврастенія является болѣзнью усталости, при чемъ у нѣкоторыхъ неврастениковъ наблюдается особая чувствительность къ мускульной усталости, и если такой неврастеникъ утомитъ свои мускулы, онъ тотчасъ начинаетъ испытывать усиленіе всѣхъ нервныхъ симптомовъ.

По взгляду Maurice'a de Fleury (1904), „если разобраться хорошо въ неврастеніи, можно прійти къ выводу, что мы имѣемъ дѣло съ укоренившейся усталостью, сдѣлавшейся постоянною и принявшей обликъ болѣзни“.

Gayle говоритъ, что неврастенія представляетъ собою патологическую усталость. Такого-же мнѣнія держится и Rockwell, считая неврастенію патологической усталостью, и говоритъ, что въ нормальныхъ условіяхъ нервная клѣтка тотчасъ реагируетъ на всякое раздраженіе, при патологическихъ же условіяхъ время реакціи не столь коротко: необходимы нѣкоторое время и усиліе, чтобы она проявилась, слѣдствіемъ чего будетъ патологическая усталость или неврастенія.

Такъ какъ однако, съ одной стороны, усталость является результатомъ работы, и всякая работа имѣетъ свой эквивалентъ въ химическихъ процессахъ и превращеніяхъ, совершающихся въ той нервной области, которая производитъ эту работу, а, съ другой стороны, эта усталость является очевидно выраженіемъ нарушеннаго питанія нервовъ и мускуловъ, то при неврастеніи (патологической усталости) естественно прежде всего предположить существованіе какихъ-то химическихъ причинъ.

Между тѣмъ, замѣчаетъ Krafft-Ebing, „неврастеники нерѣдко обладаютъ отличнымъ аппетитомъ и пищевареніемъ, имѣютъ даже цвѣтущій видъ, а потому приходится предполагать у нихъ какое-то очень тонкое нарушеніе питанія нервныхъ центровъ, можетъ-быть—(неизвѣстную пока) трофическую аномалію нервныхъ клѣтокъ, такъ что эти послѣднія могутъ вырабатывать изъ воспринимаемаго ими питательнаго матеріала только второстепенные химическіе продукты.

Если согласиться съ Virchow'омъ, Wundt'омъ и др., что ганглійныя клѣтки центральной нервной системы получаютъ свое питаніе изъ тканевой жидкости вслѣдствіе молекулярнаго притяженія, то становится понятнымъ, что это химическое питаніе будетъ недостаточно, во 1-хъ, если вслѣдствіе врожденнаго ненормальнаго своего состоянія ганглійныя клѣтки въ меньшей степени способны къ молекулярному притяженію, или, во 2-хъ, если онѣ, будучи истощены непосильной дѣятельностью, не въ состояніи выполнить своей химически-питательной задачи, или, наконецъ, въ 3-хъ, если имъ доставляется недостаточный или недоброкачественный питательный матеріалъ, вслѣдствіе нарушенія кровообращенія или состава крови.

Хотя указанныя выше причины и приводятъ, тѣмъ или инымъ путемъ, къ нарушенію химическаго питанія клѣтокъ, тѣмъ не менѣе не всѣ авторы приписываютъ имъ одинаковую роль въ этіологіи неврастеніи.

Такъ, Höflmayer придаетъ главное значеніе измѣненіямъ въ нервныхъ клѣткахъ, наступающимъ при ихъ дѣятельности и утомленіи. Измѣненія эти, изученныя Flatau, Pick'омъ, Gehuchten'омъ, Marinesco и др., доказываютъ, что нервныя клѣтки могутъ въ значительной степени измѣниться подъ вліяніемъ раздраженій и непосильной работы. Deram, изучая неврастенію, также придаетъ

особое значеніе тому ослабленію нервныхъ клѣтокъ мозговой коры, которое является какъ слѣдствіе ихъ чрезмѣрной двигательной дѣятельности.

Fleury, хотя и разсматриваетъ нервную слабость, какъ болѣзнь отъ нарушенія питанія, но нарушеніе это, по его мнѣнію, зависитъ не отъ непосильной дѣятельности клѣтокъ, а отъ нарушенія кровообращенія, точнѣе—отъ пониженія артеріальнаго тонуса. Ransom считаетъ, что мозговые симптомы, подобно другимъ разстройствамъ, наблюдающимся у неврастениковъ, обязаны по всей вѣроятности своимъ происхожденіемъ сокращенію мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ, что̀ обусловливаетъ обѣдненіе кровью нѣкоторыхъ мозговыхъ областей и, какъ слѣдствіе, недостаточное питаніе и истощеніе ихъ. По мнѣнію Kirn'a, главной причиной неврастеніи также служитъ недостаточное питаніе нервной системы, вызванное нарушеніемъ кровообращенія.

Ганглійныя клѣтки однако не только имѣютъ своей задачей добывать питательный матеріалъ и перерабатывать его въ живую силу, но онѣ должны также освобождаться отъ продуктовъ обмѣна веществъ, которыя препятствуютъ ихъ питанію и понижаютъ ихъ работоспособность.

Пока клѣтка расходуетъ живую силу, въ видѣ специфической работы, она очевидно не въ состояніи ни регенерироваться путемъ молекулярнаго притяженія, ни освобождаться отъ продуктовъ своего обмѣна веществъ (Krafft-Ebing). Если же работа очень напряженная, а временами непосильная, то наступаетъ въ тканяхъ, а впослѣдствіи и въ крови, накопленіе продуктовъ усталости. Эти продукты (лейкомаины) дѣйствуютъ вредно на функціи и увеличиваютъ усталость и утомляемость. (Кровь сильно утомленныхъ организмовъ, будучи впрыснута другому живому существу, дѣйствуетъ вредно). Особенно много накопляется продуктовъ обмѣна веществъ, какъ результатъ работы въ

мозгу и въ мускулахъ. Mosso, въ своемъ прекрасномъ трудѣ объ усталости, показалъ, что также и чисто умственная работа приводитъ къ химическимъ измѣненіямъ въ мускулахъ.

Такимъ образомъ можно заключить, что мы имѣемъ въ сущности дѣло съ самоотравленіемъ нервной системы продуктами обмѣна веществъ. Подтверждаетъ этотъ взглядъ и Rockwell, который говоритъ, что при неврастеніи мы имѣемъ дѣло съ самоотравленіемъ ядовитыми веществами, сопровождающими появленіе усталости. „Что-же такое неврастенія?“ спрашиваетъ Desseaux, и отвѣчаетъ: „это есть самоотравленіе съ преимущественнымъ вліяніемъ токсическихъ веществъ на нервную систему, а потому неврастенія, продолжающаяся долгое время, можетъ повести, подобно отравленію, къ стойкимъ разстройствамъ въ клѣткахъ. Что при неврастеніи мы имѣемъ дѣло съ отравленіемъ химическими продуктами усталости, считаетъ Savage и Kierman. Bouchard придерживается также того мнѣнія, что неврастеническая слабость обязана своимъ происхожденіемъ самоотравленію. Тотъ-же взглядъ въ сущности высказываютъ Buccelli и Pearce.

Освобождается ганглійная клѣтка отъ самоотравленія продуктами обмѣна веществъ, благодаря тканевому дыханію, т. е. благодаря окисленію этихъ веществъ, которое ихъ химически измѣняетъ, дѣлаетъ безвредными и легко выдѣляемыми.

Pöhl и другіе авторы утверждаютъ (Krafft-Ebing), что это окисленіе происходитъ на $^{6}/_{7}$ подъ вліяніемъ кислорода атмосфернаго воздуха, а на $^{1}/_{7}$ подъ вліяніемъ схожаго съ кислородомъ тѣла, присутствіе котораго въ тѣлѣ обусловлено особымъ ферментомъ. Pöhl считаетъ этимъ ферментомъ сперминъ, который легко можно обнаружить въ яичкахъ, въ предстательной, щитовидной и грудной же-

лезахъ, и который, по всей вѣроятности, ими и вырабатывается. Лишь только тканевое дыханіе, обусловленное сперминомъ, прекращается, или же становится неполнымъ, то наступаетъ самоотравленіе продуктами обмѣна веществъ. Только растворимый сперминъ, по мнѣнію автора, способствуетъ процессу окисленія; нерастворимый же (не окисляющій) образуется, какъ только понижается щелочность крови, напримѣръ, при мочекисломъ діатезѣ, а также и при раздраженіи нервной ткани.

Такимъ образомъ, на основаніи вышеизложенныхъ фактовъ, мнѣ кажется справедливымъ допустить, вмѣстѣ съ Krafft-Ebing'омъ, что въ основѣ неврастеніи лежитъ нарушенная химическая дѣятельность нервныхъ клѣтокъ.

Ковалевскій, поддерживая также этотъ взглядъ, старается доказать, что ганглійная клѣтка, во время непосильно тяжелой работы, не можетъ, съ одной стороны, поддержать свое питаніе молекулярнымъ притяженіемъ, а, съ другой стороны, не можетъ освободиться окисленіемъ продуктовъ обмѣна веществъ отъ ихъ токсическаго вліянія и, такимъ образомъ, подвергается голоду и отравленію.

Отравленіе это, на ряду съ нарушеннымъ отношеніемъ между расходомъ и возмѣщеніемъ силъ, очень важно для уясненія неврастеническихъ явленій, такъ какъ, въ картинѣ болѣзни, встрѣчается довольно много симптомовъ, которые должны быть приписаны не одному только утомленію, а скорѣе раздраженію; и нѣкоторыя проявленія невроза, въ особенности временныя психопатическія состоянія, носятъ всегда отпечатокъ интоксикаціи и совпадаютъ даже часто съ разстройствами въ кишечномъ трактѣ, вызывающими самоотравленіе.

Также и то обстоятельство (Krafft-Ebing), что неврастеническія состоянія часто примыкаютъ къ острымъ лихорадочнымъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ, и что клиниче-

ская картина неврастеніи отъ переутомленія и отъ профессіональныхъ занятій не рѣзко отличается отъ астеническихъ состояній при хроническихъ экзогенныхъ интоксикаціяхъ, какъ напр., при алкоголизмѣ и морфинизмѣ, говорятъ въ пользу того, что неврастенія есть неврозъ центральной нервной системы, обусловленный нарушеніемъ химическихъ процессовъ.

Такимъ образомъ можно было бы объяснить и часто наблюдаемое у неврастениковъ нарушеніе обмѣна веществъ (какъ напр. мочекислый діатезъ, оксалурія и т. п.) и то обстоятельство (Ковалевскій), что неврастеническія состоянія встрѣчаются иногда у лицъ не напрягающихся умственно и физически, а питающихся преимущественно мясомъ. Въ послѣднемъ случаѣ, очевидно, причина заключается въ переполненіи крови больныхъ продуктами регрессивнаго метаморфоза.

Въ пользу справедливости предположенія, что неврастенія есть неврозъ центральной нервной системы, обусловленный нарушеніемъ химическихъ процессовъ, говорятъ также мнѣнія тѣхъ авторовъ, которые смотрятъ на неврастенію, или какъ на проявленіе нарушенія обмѣна веществъ, (имѣющее ту-же сущность какъ подагра, сахарная болѣзнь, тучность и т. п.), или какъ на результатъ самоотравленія (Бехтеревъ, Putzar, Vigouroux, Biernacki, Davis, Hoflmayer, Brower, Карпинскій и др.).

Придавая большое значеніе истощенію и интоксикаціи, мы этимъ однако еще не объяснили продолжительности и упорства симптомовъ нарушенныхъ функцій въ тѣхъ случаяхъ, когда возможно удовлетворить всѣмъ діэтетическимъ требованіямъ. Объясненіе этому нужно искать исключительно въ прочно установившихся, а можетъ-быть и врожденныхъ отклоненіяхъ отъ нормы нервныхъ элементовъ.

Съ точки зрѣнія практическаго врача, говоритъ Krafft-Ebing, можно различить три формы неврастеніи:

1) Чистый, острый неврозъ отъ переутомленія или истощенія, наблюдающійся у лицъ безъ всякаго предрасположенія.

2) Подострая и хроническая пріобрѣтенная неврастенія у лицъ, не предрасположенныхъ.

3) Хроническая конституціональная неврастенія у лицъ, предрасположенныхъ, въ большинствѣ случаевъ, наслѣдственно.

Первая форма неврастеніи рѣдко подвергается продолжительному врачебному наблюденію и леченію: лишь только больной получитъ возможность нравственно и душевно успокоиться, и къ нему возвратится сонъ, тотчасъ-же начинается выздоровленіе, которому въ значительной степени содѣйствуютъ умѣренный образъ жизни, продолжительное пребываніе на свѣжемъ воздухѣ и соотвѣтствующія физическія упражненія. Къ этой первой формѣ неврастеніи можно отнести неврастеническія состоянія, появляющіяся у лицъ, совершенно непредрасположенныхъ вслѣдствіе большихъ тѣлесныхъ и нравственныхъ напряженій, послѣ психическихъ потрясеній и острыхъ инфекціонныхъ болѣзней. Здоровый по своей природѣ организмъ быстро въ данномъ случаѣ выдѣлитъ токсины и продукты обмѣна веществъ и въ скоромъ времени возстановитъ равновѣсіе между приходомъ и расходомъ своихъ нервныхъ силъ, при помощи хорошаго питанія, покоя и достаточнаго сна.

Вторая форма неврастеніи возникаетъ вслѣдствіе чрезмѣрно долгаго злоупотребленія силами организма, которое вызывается неблагопріятнымъ соціальнымъ положеніемъ больного, его честолюбіемъ или невнимательнымъ отношеніемъ къ проявляющемуся разстройству нерв-

ной системы, а также вслѣдствіе того, что имѣло мѣсто совпаденіе цѣлаго ряда вредныхъ моментовъ, повлекшихъ за собою серьезное разстройство; въ особенности необходимо указать на вредное вліяніе безпрерывно дѣйствующихъ психическихъ причинъ, какъ-то болѣзни въ семьѣ, непріятностей по службѣ и т. д., такъ какъ душевное возбужденіе, хотя бы и не доведенное до степени эффекта, ослабляетъ не менѣе нервную систему, чѣмъ напряженный физическій или умственный трудъ.

То-же можно сказать и о вліяніи недостаточности сна,— этого главнаго хранителя и блюстителя химическихъ процессовъ, совершающихся въ различныхъ областяхъ центральной нервной системы. Упорство второго вида неврастеніи говоритъ въ пользу предположенія, что ганглійныя клѣтки, вслѣдствіе продолжительнаго состоянія неполнаго истощенія и отравленія, претерпѣваютъ со временемъ измѣненія въ своемъ строеніи, препятствующія, даже во время сна и отдыха, легко, быстро и въ совершенствѣ возстановить свои силы питаніемъ изъ тканевой жидкости, какъ это бываетъ у здороваго человѣка. Повидимому, находясь въ такомъ состояніи, клѣтки могутъ вырабатывать лишь второстепенные химическіе продукты. Можно также однако допустить и то, что, вслѣдствіе упомянутыхъ измѣненій, нервные элементы непомѣрно сильно реагируютъ на продукты утомленія (Mosso).

Кромѣ всего, благопріятному разрѣшенію болѣзни, подъ вліяніемъ психическаго покоя и сна, препятствуетъ, въ ея теченіи, участіе разстроенной психики, сопряженной съ массой волненій и также самовнушеніемъ.

Что при второй формѣ неврастеніи могутъ имѣть мѣсто укоренившіяся измѣненія въ нервной системѣ, вытекаетъ также и изъ того обстоятельства, что дѣти, зачатыя при этой формѣ, подобно потомкамъ алкоголиковъ и морфи-

никовъ, обнаруживаютъ, хотя и незначительные, но все-же ясные признаки нервнаго предрасположенія. Замѣчу между прочимъ, что отъ сифилитиковъ и алкоголиковъ можетъ происходить неврастеническое потомство (Rich и др.).

Третья группа конституціональныхъ неврастениковъ является наиболѣе слабымъ, но отчетливо выраженнымъ проявленіемъ обычно наслѣдственнаго расположенія и вырожденія, ведущихъ къ психозамъ и вообще къ душевной и тѣлесной слабости.

Въ данномъ случаѣ бываетъ достаточно незначительнаго раздраженія или напряженія нервной системы, чтобы тотчасъ вызвать тяжелыя неврастеническія явленія; у многихъ такихъ лицъ различные біологическіе періоды жизни (эволюція и инволюція) вызываютъ заболѣваніе неврастеніей, которая, хотя и имѣетъ въ своемъ теченіи скрытые періоды, однако обнаруживается подъ вліяніемъ ничтожнѣйшихъ причинъ и вообще не покидаетъ въ теченіе всей жизни несчастнаго больного.

То обстоятельство, что мы въ данномъ случаѣ имѣемъ обыкновенно дѣло съ врожденнымъ наслѣдственнымъ расположеніемъ и лишь рѣже съ пріобрѣтеннымъ расположеніемъ, вслѣдствіе внутриутробныхъ или дѣтскихъ болѣзней, неблагопріятно вліяющихъ на ростъ мозга и черепа, наталкиваетъ насъ на вопросъ: не зависитъ-ли въ сущности это предрасположеніе, какъ полагалъ Arndt, отъ частичнаго недоразвитія нѣкоторыхъ областей центральной нервной системы.

По изслѣдованіямъ Arndt'а, у наслѣдственно расположенныхъ невропатовъ, многія клѣтки коры мозга, даже у взрослыхъ, находятся на эмбріональной ступени развитія, при чемъ и оболочки нервныхъ волоконъ остаются не вполнѣ развитыми.

Недоразвитіе клѣтокъ говоритъ въ пользу предположенія, что подобныя гангліозныя клѣтки могутъ производить лишь незначительную работу, на основаніи чего Arndt и приходитъ къ выводу, что, при наслѣдственной неврастеніи, способность клѣтокъ къ молекулярному притяженію значительно ослаблена. На ряду съ этимъ нарушеннымъ питаніемъ (молекулярнымъ притяженіемъ), можно легко допустить также и то, что подобныя клѣтки вырабатываютъ лишь второстепенные химическіе продукты, и что окислительная способность такихъ клѣтокъ недостаточна.

Кромѣ того Arndt часто находилъ у наслѣдственныхъ неврастениковъ недостаточное развитіе лимфатической и кровеносной системы въ мозгу, въ связи съ конституціональной анеміей, чѣмъ очевидно затрудняется, какъ доставка питательной жидкости, такъ и удаленіе продуктовъ обмѣна веществъ.

Большое значеніе сосудо-двигательнымъ разстройствамъ въ мозгу, въ патогенезѣ неврастеніи, придаетъ Bordaries.

Meynert (Krafft-Ebing) обращаетъ вниманіе на то, что у наслѣдственныхъ неврастениковъ нарушено соотношеніе между развитіемъ мозга и черепа съ одной стороны и сердца и сосудовъ съ другой.

Löwenfeld (Krafft-Ebing) указываетъ на недостаточное развитіе сосудовъ мозга по отношенію къ вѣсу его и, какъ слѣдствіе, на происходящее нарушеніе питанія мозга, причемъ недостаточный просвѣтъ сосудовъ долженъ способствовать быстрому истощенію и уменьшенію работоспособности мозга.

По изслѣдованію Krafft-Ebing'а, у лицъ съ наслѣдственнымъ расположеніемъ, весьма часто можно обнаружить рѣзко уменьшенный, а иногда и неодинаковый просвѣтъ сонныхъ артерій. Точно также можно часто встрѣтиться съ ненормальнымъ строеніемъ черепа, развивающимся обычно

на рахитической почвѣ. Зависящія отъ этого аномаліи въ развитіи мозга, до нѣкоторой степени, объясняютъ легкость возникновенія, упорство и тяжесть страданій, основанныхъ преимущественно на нарушеніи химическихъ процессовъ въ нервной системѣ. При всемъ этомъ однако особенно тягостнымъ является то, что, при плохомъ развитіи центровъ и проводящихъ путей, процессы торможенія въ нервной системѣ происходятъ въ недостаточной степени, тогда какъ рефлекторные процессы и процессы иррадіаціи въ большихъ рефлекторныхъ центрахъ возникаютъ съ чрезмѣрной легкостью.

Особенно ясно проявляются и обнаруживаютъ свое дѣйствіе эти рефлекторные процессы на вазомоторной нервной системѣ и на иннерваціи сердца, вслѣдствіе чего происходитъ постоянное колебаніе кровеного давленія и кровонаполненія сосудовъ въ различныхъ областяхъ тѣла, при чемъ вызывается цѣлая масса вторичныхъ симптомовъ въ организмѣ, непомѣрно сильно реагирующемъ на ничтожнѣйшія раздраженія. Кромѣ всего этого, необходимо принять во вниманіе уже часто отъ рожденія разстроенную и подъ вліяніемъ болѣзни измѣненную психику, которая, вслѣдствіе различныхъ фобій и непрерывнаго возбужденія, а также вліянія этихъ послѣднихъ на сосудо-двигательные и сердечные нервы, задерживаетъ выздоровленіе.

На основаніи приведенныхъ выше взглядовъ различныхъ авторовъ, касающихся сущности неврастеніи, можно, думаю, прійти къ выводу, что до настоящаго времени мы еще не постигли полнаго пониманія сущности и природы этой болѣзни; приходится пока ограничиваться болѣе или менѣе вѣроятными гипотезами, обоснованными, къ сожалѣнію, еще слишкомъ недостаточнымъ числомъ фактическихъ данныхъ. Во всякомъ случаѣ гипотезы эти, основанныя на строго научныхъ соображеніяхъ, являются тѣмъ болѣе цѣнными, что

намѣчаютъ тотъ трудный путь, по которому нужно слѣдовать, чтобы достигнуть желанной цѣли и составить себѣ вѣрное и ясное понятіе о сущности этого тяжелаго и столь распространеннаго психоневроза.

II.

Общая картина болѣзни.

Прежде, чѣмъ перейти къ подробному изложенію причинъ, симптомовъ, теченія и леченія неврастеніи, мнѣ кажется умѣстнымъ, въ нѣсколькихъ словахъ, представить общую картину этой болѣзни, столь удачно изображенную M. de Fleury въ его учебникѣ болѣзней нервной системы.

Неврастеникъ, по словамъ Fleury, является на пріемъ къ врачу-спеціалисту и входитъ въ его кабинетъ такой походкой и съ такимъ видомъ, что уже по одному этому можно предугадать, съ кѣмъ имѣешь дѣло. У него обыкновенно сѣроватый цвѣтъ лица, выражающія усталость черты, вялая походка и безпокойный взглядъ; онъ старается разгадать неизвѣстнаго человѣка, передъ которымъ онъ долженъ будетъ раскрыть свою душу, и который, быть-можетъ, освободитъ его отъ терзающаго недуга. Онъ старается поскорѣе сѣсть, какъ человѣкъ, едва держащійся на ногахъ, и обычно самъ-же опредѣляетъ свою болѣзнь словами:

„Докторъ, я—неврастеникъ".

Затѣмъ нѣкоторые изъ нихъ, которыхъ Charcot называлъ „l'homme aux petits papiers", вынимаютъ изъ кармана листочки бумаги, испещренные замѣтками и, обычно добавляя, что память у нихъ стала слаба, просятъ позволенія прочесть свою исторію болѣзни, которую они постарались записать. Эту исторію нужно умѣть слушать, хотя-бы она оказалась и немного длинной; нужно прерывать ее отъ

времени до времени точными вопросами, чтобы показать больному, что страданія его хорошо извѣстны и понятны, и что врачу неоднократно приходилось имѣть дѣло съ подобными больными. Такой больной ожидаетъ отъ пользующаго его врача не столько рецепта или лекарства, которые онъ уже получалъ въ большомъ количествѣ и раньше, сколько внимательнаго, сердечнаго, почти братскаго къ себѣ отношенія. Во всякомъ случаѣ его исторія болѣзни часто бываетъ поучительна, такъ какъ многіе невропаты, прочитавъ все, что касается ихъ болѣзни, умѣютъ великолѣпно наблюдать за субъективными ощущеніями.

Больной отмѣчаетъ у своихъ предковъ ипохондрію или истерію, ревматизмъ или подагру, алкоголизмъ или сифилисъ, а иногда и туберкулезъ; среди родственниковъ встрѣчается много невропатовъ. Самъ онъ съ дѣтства отличался впечатлительностью, былъ нетерпѣливъ и меланхоличенъ, легко плакалъ, или же относился безразлично ко всему окружающему, былъ неспособенъ къ напряженной работѣ и шумнымъ играмъ и не могъ переварить сытный обѣдъ или выпить вина, безъ того, чтобы кровь не приливала къ лицу. Состояніе это ухудшилось ко времени возмужалости. Затѣмъ наступилъ кризисъ. Вслѣдствіе переутомленія, любовныхъ огорченій, либо большихъ заботъ дѣлового характера, болѣзнь ясно опредѣлилась, и паціентъ описываетъ симптомы, выясняющія его страданія.

Заключаются они прежде всего въ постоянномъ и сильномъ ощущеніи усталости, которая однако сильнѣе выражена по утрамъ въ часы, слѣдующіе непосредственно за пробужденіемъ, а также, когда желудокъ пустъ, и даетъ себя чувствовать голодъ. Ноги очень слабы, и больному хочется сидѣть, если ему приходится стоять, а лежать,—если онъ сидитъ. Усталость эта осложняется тупой, упорной болью, локализирующейся въ области затылка, шеи, а иногда и поясницы.

Ночи бываютъ мучительны: либо онъ засыпаетъ очень поздно, долго проворочавшись въ постели, либо, заснувъ тяжелымъ сномъ, онъ просыпается около полуночи, чувствуя себя совершенно выспавшимся: если же сонъ болѣе продолжителенъ, то больного преслѣдуютъ тяжелые сны, полные ужасныхъ видѣній, вслѣдствіе чего, просыпаясь, онъ чувствуетъ себя еще болѣе утомленнымъ, нежели до сна.

Но болѣе всего тяготитъ его мучительно медленное пищевареніе. Садясь за столъ съ аппетитомъ и поѣвши много и хорошо, онъ, вмѣсто того, чтобы чувствовать себя физически окрѣпшимъ, встаетъ отъ стола съ ощущеніемъ тяжести, сонливости и полной неспособности къ работѣ. Желудокъ его вздутъ, и онъ принужденъ разстегнуть стѣсняющій его костюмъ.

Больной страдаетъ одышкой, и для него становится невозможнымъ нагнуться, напр., чтобы поднять что-либо съ полу или застегнуть ботинки. Кромѣ того, онъ испытываетъ невыносимую тяжесть въ области желудка, страдаетъ кислой или ѣдкой отрыжкой, которая, останавливаясь въ пищеводѣ, вызываетъ сильное жженіе. Въ другихъ случаяхъ желудокъ его вздувается къ концу процесса пищеваренія, и обнаруживаются признаки чрезмѣрнаго отдѣленія соляной кислоты. Имѣются запоры и, часто, воспаленіе толстыхъ кишекъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ появляется у него половое безсиліе: эрекціи слабы и недостаточны. Coïtus, если онъ удается нормальнымъ путемъ, заканчивается очень быстро и сопровождается очень слабымъ чувствомъ удовлетворенія. Все это тѣмъ болѣе огорчаетъ больного, что его воображеніе остается далеко не бездѣятельнымъ въ указанномъ направленіи. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ неврастеніи, у больного можетъ получиться отвращеніе къ coïtus'у.

Что касается умственныхъ способностей, то и въ нихъ замѣчаются отклоненія. Память значительно ослабѣваетъ:

нѣкоторые больные теряютъ числовую память, забываютъ имена собственныя и, вообще, настолько легко все забываютъ, что проявляютъ признаки бреда сомнѣнія; нѣкоторые повторно подымаются на пятый этажъ, чтобы убѣдиться, что они дѣйствительно заперли за собою дверь. Умъ становится вялымъ и тяжелымъ; вниманіе не можетъ быть произвольно фиксированнымъ; воля изо дня въ день слабѣетъ, теряетъ свою силу и является полная нерѣшительность. Когда приходится принять какое-либо рѣшеніе, выставляется столько доводовъ „за и противъ", что всякое рѣшеніе становится невозможнымъ. Въ то-же время неврастеникъ считаетъ всякую трудность непреодолимой; всякая работа бываетъ стѣснительна, тягостна, невозможна. Чтобы поддержать разговоръ, написать самую пустую записку, необходимо больному себя къ этому принудить; приходится напрягать силу воли при такихъ дѣйствіяхъ, которыя недавно совершались незамѣтнымъ образомъ. Вслѣдствіе постояннаго напряженія воли при всякомъ поступкѣ, зарождается чувство полной усталости и глубокаго унынія. Къ тому-же стараніе быть внимательнымъ и хорошо выполнить всякую мелочь—сопровождается весьма тягостнымъ, особымъ ощущеніемъ пустоты въ головѣ, „малокровіемъ мозга", какъ говорятъ больные; наблюдаются также сильныя головныя боли, сказывающіяся въ ощущеніи сдавленія головы, какъ-бы тяжелой и, вмѣстѣ съ тѣмъ, узкой каской (casque de Charcot).

Вскорѣ, слѣдствіемъ всѣхъ указанныхъ выше разстройствъ, является сильная тоска, нравственное угнетеніе, недовольство и отвращеніе къ жизни. Невропатъ становится нелюдимымъ, суровымъ и неуживчивымъ. Онъ чувствуетъ потребность прятаться, уходить отъ всѣхъ; а на улицѣ онъ избѣгаетъ встрѣчи даже съ наиболѣе близкими людьми. Если, несмотря на это, ему все-же приходится встрѣтиться

со знакомымъ, то больной не можетъ удержаться, чтобы не раскрыть свою душу, излить свои страданія, изложить свои сомнѣнія и страхи и возбудить къ себѣ сожалѣніе. Дома, среди своихъ, онъ вѣчно жалуется. Такъ какъ иногда такой больной имѣетъ довольно хорошій внѣшній видъ и, при этомъ, пользуется удовлетворительнымъ аппетитомъ, то онъ опасается, чтобы окружающіе не относились съ недовѣріемъ къ его страданіямъ, вслѣдствіе чего онъ описываетъ ихъ, сильно преувеличивая: а чѣмъ болѣе больной имѣетъ возможности жаловаться, тѣмъ больше его страданія начинаютъ ему самому казаться тяжелыми и реальными, такъ что уже одно то обстоятельство, что больной живетъ въ обстановкѣ, при которой онъ можетъ дать полный просторъ своимъ нервамъ, способствуетъ развитію болѣзни. Застѣнчивый съ чужими и крайне несдержанный съ близкими, неврастеникъ съ каждымъ днемъ становится все боязливѣе и мнительнѣе. Такъ какъ у него нѣтъ ощущенія полной жизни, и онъ не чувствуетъ себя способнымъ сопротивляться внѣшнимъ случайностямъ, то онъ начинаетъ опасаться всевозможныхъ болѣзней: стоитъ ему начать худѣть,— что̀ наблюдается нерѣдко,—или начать страдать приступами тоски, какъ будущее рисуется ему въ самыхъ мрачныхъ краскахъ; онъ боится сойти съ ума, считаетъ себя больнымъ порокомъ сердца или туберкулезомъ; его начинаетъ преслѣдовать мысль о самоубійствѣ, котораго онъ боится, и страхъ— совершить какой-либо дурной поступокъ. Читая сообщеніе о какомъ-либо преступленіи, онъ убѣжденъ, что, рано или поздно, и у него явятся побужденія совершить подобное же злодѣяніе.

Его чувства также измѣнились: въ прежнее время онъ заботился о близкихъ ему людяхъ и любилъ ихъ до самозабвенія; теперь этого нѣтъ, и онъ самъ возмущается своимъ равнодушіемъ по отношенію къ любимымъ имъ прежде

людямъ; больной въ отчаяніи, что всѣ его мысли направлены лишь на самого себя.

Временами на этомъ фонѣ душевнаго замиранія и меланхоліи происходятъ внезапныя нервныя вспышки. Достаточно перемѣны въ атмосферѣ, приближенія грозы, или снѣга, чтобы онъ изъ угрюмаго человѣка превратился въ экзальтированнаго и шумливаго; и вотъ, наступаютъ припадки слезъ, прерываемыя словами отчаянія, либо припадки бѣшенства, достигающіе невѣроятной силы.

Въ этомъ далеко зашедшемъ періодѣ болѣзни, жизнь его становится настоящимъ мученіемъ, какъ для него самого, такъ и для окружающихъ; и больной, обращающійся къ намъ за помощью, является существомъ, дѣйствительно заслуживающимъ сожалѣнія.

Выслушавъ больного съ участіемъ и интересомъ и дополнивъ его исторію болѣзни рядомъ вопросовъ, изслѣдуемъ тщательно неврастеника.

Начнемъ съ желудка: оказывается, что желудокъ растянутъ, подпираетъ кверху діафрагму, затрудняя этимъ правильную сердечную дѣятельность; еще чаще желудокъ оказывается расширеннымъ и опущеннымъ; въ немъ слышенъ плескъ и урчаніе. При вертикальномъ положеніи больного, кишечникъ дрябло свѣшивается; слѣпая кишка и все протяженіе толстыхъ кишекъ служатъ мѣстомъ болей.

Печень обычно слегка увеличена, гипертрофирована; иногда чувствительна къ давленію, какъ это бываетъ у органа, уставшаго отъ обезвреживанія токсиновъ, происходящихъ изъ кишечнаго канала. Правая подвижная почка является не рѣдкостью.

У многихъ невропатовъ наблюдается геморрой, varicocele и расширеніе венъ въ другихъ областяхъ; все это необходимо тщательно отмѣтить.

Особое вниманіе должно обратить на сердце и сосуды. Если дѣло касается молодого неврастеника, не страдавшаго сифилисомъ и не злоупотреблявшаго спиртными напитками, то обыкновенно можно отмѣтить слабость сердечнаго толчка и пониженіе артеріальнаго давленія. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ чистой депрессивной неврастеніей, наступающей послѣ значительныхъ переутомленій у предрасположеннаго субъекта, какъ слѣдствіе сильнаго тѣлеснаго, нравственнаго и душевнаго напряженія. Это—чистая нервная слабость, проявляющаяся въ организмѣ атоніями, ослабленіемъ секреторной дѣятельности и т. д.

У другихъ-же неврастениковъ изслѣдованіе системы кровообращенія даетъ противоположные результаты: сердце сильно сокращается и кровяное давленіе значительно. Происходитъ борьба между прогоняющей силой сердечной мышцы и сокращающимся просвѣтомъ мелкихъ артерій. У этихъ невропатовъ лицо бываетъ красно, конечности холодны; они особенно подвержены различнымъ ощущеніямъ страха, головокруженію, диспепсіи съ черезмѣрной кислотностью желудочнаго сока и также одышкѣ. Многіе жалуются на онѣмѣніе пальцевъ. Эти больные страдаютъ отъ отравленія. Злоупотребленіе алкоголемъ, табакомъ, пищей, затѣмъ сифилисъ, подагра и артритическія заболѣванія являются причиной ихъ болѣзни. Понятно, что подобные неврастеники, отличаясь отъ неврастениковъ первой категоріи, требуютъ въ примѣненіи къ нимъ и соотвѣтствующаго леченія.

Изслѣдуемъ еще у неврастеника его мышечную силу. Сила эта часто бываетъ ослаблена, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ динамометръ показываетъ, что эта сила достаточна, можно легко убѣдиться, что у невропатовъ, при повтореніи усилія, усталость наступаетъ гораздо быстрѣе, нежели у здороваго человѣка. Такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло съ дѣйствительной, а не воображаемой усталостью....

Рефлексы у неврастениковъ обыкновенно повышены, но не столь рѣзки и не сопровождаются судорожными сокращеніями, какъ это наблюдается при изслѣдованіи колѣннаго рефлекса у лицъ, страдающихъ органическими пораженіями.

Затѣмъ, необходимо обратить вниманіе на рѣчь и почеркъ, и изслѣдовать игру зрачковъ, дабы убѣдиться, что мы имѣемъ дѣло съ неврастеніей, а не съ сифилисомъ мозга, tabes'омъ, или началомъ прогрессивнаго паралича.

Остается еще произвести у больного анализъ суточнаго количества мочи, который можетъ намъ дать цѣнныя, хотя и не постоянныя данныя.

У большинства больныхъ, страдающихъ астенической формой неврастеніи, можно отмѣтить, что:

1) мочи не много и очень высокаго удѣльнаго вѣса;

2) избытокъ мочевой кислоты по сравненію съ мочевиной;

3) значительная потеря хлоридовъ (что́, по мнѣнію Fleury, особенно важно вслѣдствіе того, что эта потеря очень часто наблюдается);

4) избытокъ индикана въ мочѣ;

5) переходъ въ мочу, а, слѣдовательно и въ кровь, желчныхъ пигментовъ, желчныхъ кислотъ и рѣже уробилина.

У неврастениковъ съ повыщеннымъ артеріальнымъ давленіемъ, суточное количество мочи обыкновенно значительнѣе; въ ней обнаруживаются весьма часто кристаллы мочевой кислоты, или щавелево-кислой извести. Кріаскопія всегда обнаруживаетъ, что почка плохо фильтруетъ.

Какъ о довольно часто встрѣчающемся, но еще не вполнѣ выясненномъ явленіи, необходимо упомянуть о значительномъ содержаніи фосфатовъ въ мочѣ.

Что касается общаго теченія неврастеніи, то оно зависитъ, главнымъ образомъ, отъ степени наличнаго обще-нерв-

наго предрасположенія и находится въ большой зависимости отъ тѣхъ условій, среди которыхъ приходится жить больному. При полномъ развитіи болѣзни и, въ особенности, при конституціональной неврастеніи, достаточно бываетъ незначительнѣйшихъ вліяній, чтобы измѣнить симптомы и картину болѣзни. Особенно благопріятно вліяютъ на теченіе болѣзни, говоритъ Krafft-Ebing, подходящее общество и развлеченія, тогда какъ больной, будучи предоставленъ самому себѣ, и преимущественно въ безсонныя ночи, сильно вредитъ себѣ самовнушеніемъ. На теченіе болѣзни вліяютъ различныя внѣшнія условія, какъ-то: климатъ, діэта, образъ жизни и т. д., которые иногда оказываютъ на больныхъ очень рѣзкое и, часто, неожиданное дѣйствіе, чѣмъ въ значительной степени затрудняется леченіе. Нѣкоторые больные обнаруживаютъ идіосинкразію не только къ табаку или алкоголю, но и къ обычнымъ лекарственнымъ средствамъ, какъ, напримѣръ, къ желѣзу, belladonn'ѣ, морфію и др.

Исходъ неврастеніи зависитъ преимущественно отъ причины болѣзни. Неврастенія конституціональная (врожденная)— не излечима въ истинномъ значеніи этого слова, хотя возможны значительныя улучшенія въ состояніи больного. Пріобрѣтенная же нервная слабость у лицъ, не отягощенныхъ наслѣдственностью, проходитъ, при соотвѣтствующемъ леченіи, въ нѣсколько недѣль, а иногда еще быстрѣе. У людей молодыхъ выздоровленіе наступаетъ въ общемъ быстрѣе, нежели въ пожиломъ возрастѣ. Понятно, что, если причины, вызвавшія страданіе, не устранимы, то этимъ самымъ болѣзнь затягивается, и леченіе становится малоуспѣшнымъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ неврастенія можетъ перейти въ меланхолію и повести къ самоубійству. Къ счастью это наблюдается лишь весьма рѣдко. Переходъ пріобрѣтенной неврастеніи въ помѣшательство, по мнѣнію Charcot и др., едва-ли возможенъ.

Изобразивъ въ немногихъ словахъ общую картину неврастеніи въ томъ видѣ, въ которомъ она довольно часто наблюдается врачемъ-клиницинистомъ, перейду къ подробному изложенію причинъ, вызывающихъ указанное заболѣваніе.

III.

Причины неврастеніи.

Происхожденіемъ своимъ неврастенія, въ большинствѣ случаевъ, обязана не какой либо одной, строго опредѣленной причинѣ, а совокупности различныхъ вредныхъ моментовъ. Среди причинъ этихъ главную роль играетъ слабость нервной системы, пріобрѣтенная наслѣдственнымъ или какимъ-либо инымъ путемъ. Другія причины, дающія непосредственный толчокъ развитію неврастеніи, имѣютъ сравнительно лишь второстепенное значеніе. Вообще, причины нервной слабости крайне разнообразны (Jewell, Johnson, Hirt, Grasset, Lockwood, Sove, Allen, Gallois, Krafft-Ebing, R. Wogt и др.): сюда относятся: различныя вредныя привычки, заразныя болѣзни, вліяніе климата и временъ года, родъ занятія, abusus in venere, онанизмъ, злоупотребленіе табакомъ, травма, умственное переутомленіе, сильныя нравственныя потрясенія, заболѣванія въ половой сферѣ, недостаточное питаніе и т. д.

Уже одно то обстоятельство, что цѣлый рядъ самыхъ разнообразныхъ причинъ можетъ, непосредственнымъ или косвеннымъ путемъ, служить источникомъ неврастеніи, даетъ право допустить, что нервная слабость есть болѣзнь крайне распространенная и часто встрѣчающаяся. И дѣйствительно, Krafft-Ebing замѣчаетъ, что нѣтъ другого патологическаго явленія, которое-бы такъ глубоко врѣзы-

валось въ жизнь современнаго культурнаго общества, какъ неврастенія, и что этимъ самымъ она пріобрѣтаетъ выдающійся соціальный интересъ. Является она наиболѣе распространеннымъ и частымъ неврозомъ въ культурныхъ центрахъ нашего времени, гдѣ цивилизація и напряженіе жизни достигаютъ своего максимума. Цивилизація эта (Rockwell) является одной изъ важнѣйшихъ причинъ, способствующихъ развитію нервныхъ болѣзней вообще, и неврастеніи въ частности.

Въ подтвержденіе взгляда о значительной распространенности неврастеніи, Krafft-Ebing приводитъ цѣлый рядъ цифровыхъ данныхъ, изъ которыхъ видно. что приблизительно 50% всѣхъ больныхъ, страдавшихъ общими неврозами, составляли неврастеники. Такъ какъ цифры эти заимствованы изъ амбулаторіи, клиники нервныхъ болѣзней, то онѣ даютъ право заключить, что среди низшихъ слоевъ общества, изъ которыхъ амбулаторія черпаетъ главный свой матеріалъ, неврастенія наблюдается весьма часто. по крайней мѣрѣ въ большихъ городахъ.

Sousa Martens считаетъ даже, что неврастенія является болѣе распространенной среди рабочаго класса, нежели среди болѣе состоятельныхъ людей. Этотъ взглядъ подтверждаетъ и Petren, основываясь преимущественно на наблюденіяхъ скандинавскихъ врачей, и считаетъ, что неврастенія въ значительной степени распространена въ низшихъ слояхъ населенія. Авторъ нашелъ 198 случаевъ неврастеніи изъ общаго числа 285 больныхъ поденщиковъ, при чемъ преобладаніе мужского пола, — какъ это наблюдается въ болѣе богатыхъ и среднихъ классахъ,—выражено здѣсь значительно слабѣе. Къ подобнымъ-же выводамъ пришелъ и проф. Holsti. Объясняется это тѣмъ обстоятельствомъ, что среди бѣднаго класса населенія, въ противоположность богатому, женщина участвуетъ въ борьбѣ за

существованіе почти въ такой-же степени, какъ и мужчина. Главными причинами заболѣванія неврастеніей служили алкоголизмъ, плохія гигіеническія условія и недостаточное питаніе—тріада, которая, по мнѣнію автора, сама по себѣ достаточна, чтобы создать особое расположеніе къ заболѣванію.

Для того, чтобы опредѣленнѣе выяснить условія, благопріятствующія развитію неврастеніи, Krafft-Ebing выбралъ изъ большого числа больныхъ, находившихся подъ его наблюденіемъ, 250 мужчинъ и 250 женщинъ, причина заболѣванія которыхъ казалась вполнѣ установленной.

Въ обзорѣ своихъ наблюденій надъ этими 500 больными, онъ сообщилъ слѣдующія интересныя данныя:

Изъ 250 мужчинъ оказалось съ наслѣдственнымъ и пріобрѣтеннымъ *предрасположеніемъ* къ неврастеніи 216 человѣкъ, изъ женщинъ же всѣ безъ исключенія, при чемъ число больныхъ съ *наслѣдственнымъ* предрасположеніемъ какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ было громадно (мужчинъ 151, женщинъ 167). Распредѣляя тѣхъ-же больныхъ по *семейному* положенію, изъ 250 неврастениковъ мужчинъ — было холостыхъ 177, а изъ 250 женщинъ было незамужнихъ 73. Значительная разница между послѣдними цифрами объясняется злоупотребленіемъ половой жизни мужчинъ, подавившихъ въ себѣ естественное стремленіе къ семейной жизни. Въ числѣ упомянутыхъ 500 лицъ, въ теченіе *брачной* жизни, появилась неврастенія у 63 мужчинъ и у 169 женщинъ. Такое неблагопріятное вліяніе замужества на здоровье женщинъ должно быть приписано, естественно, наличности постоянныхъ или временныхъ волненій, ослабляющихъ нервную систему, и также истощающихъ тяжкихъ родовъ и утомительнаго ухода за близкими больными.

Противовѣсомъ этихъ вредныхъ моментовъ, встрѣчающихся у женщинъ, говоритъ Krafft-Ebing, у мужчинъ служитъ умственное переутомленіе. Важнѣйшіе моменты, вызывающіе у мужчинъ сильныя душевныя волненія, суть по мнѣнію автора: страхъ передъ lues'омъ, неудачные экзамены, служебныя огорченія, несчастный бракъ, боязнь потерять состояніе и т. п.

У женщинъ моментами, вызывающими душевныя волненія, служатъ: несчастная любовь, бракъ, потеря любимыхъ лицъ, огорченія, причиняемыя неудавшимися дѣтьми, пожары, страхъ передъ заболѣваніями и т. д.

Понятно, что указанныя выше причины, далеко не исчерпываютъ собою всѣхъ вредныхъ моментовъ, благопріятствующихъ развитію неврастеніи; между тѣмъ вопросъ объ этіологіи нервной слабости настолько интересенъ и важенъ, что мы постараемся въ дальнѣйшемъ изложеніи разсмотрѣть нѣсколько подробнѣе различныя причины, играющія извѣстную роль, при возникновеніи этого заболѣванія.

Для удобства и ясности изложенія, раздѣлимъ причины неврастеніи на двѣ большія группы *): на *предрасполагающія* и *случайныя* причины; первыя въ свою очередь будутъ дѣлиться на общія предрасполагающія и индивидуально предрасполагающія причины, а вторыя — на случайныя психическія и случайныя соматическія причины.

А. Предрасполагающія причины.

1. Общія предрасполагающія.

а) *Соціалогическія причины.* Тотъ безспорный фактъ, говоритъ Krafft-Ebing, что въ наше время во всѣхъ слояхъ культурныхъ народовъ часто встрѣчается неврастенія,

*) Дѣленіе Krafft-Ebing'а.

доказываетъ, что наша современная культурная жизнь должна заключать въ себѣ какія-то условія, вредно отзывающіяся на нервной системѣ. И дѣйствительно, если присмотрѣться къ тѣмъ условіямъ, среди которыхъ живутъ многіе народы, не трудно будетъ убѣдиться, что на лицо окажется цѣлый рядъ какъ-бы искусственно подобранныхъ условій, способствующихъ развитію „нервности", въ научномъ значеніи этого слова. Между тѣмъ нервность является удобной почвой, на которой развивается неврастенія: и такимъ образомъ все то, что въ жизни народа ведетъ къ нервности, можетъ вмѣстѣ съ тѣмъ служить общимъ предрасполагающимъ моментомъ для неврастеніи.

„Борьба за существованіе—"вотъ тотъ боевой кличъ, который раздается все громче и громче въ наше культурное время. Существовать—жить хочетъ всякій, а потому борьба эта ведется съ большимъ напряженіемъ, требующимъ громадныхъ душевныхъ и физическихъ силъ. На какую отрасль знаній, промышленности или искусствъ мы ни бросимъ нашъ взглядъ, повсюду замѣчаемъ громадное число работниковъ, наводняющихъ своей численностью всѣ профессіи, могущія служить источникомъ къ существованію; при этомъ особенно важно то обстоятельство, что предложеніе превышаетъ спросъ, неизбѣжнымъ слѣдствіемъ чего должна явиться громадная конкурренція и обезцѣниваніе труда. Ручной трудъ съ каждымъ годомъ находитъ все меньше и меньше примѣненія, будучи замѣняемъ машинами, требующими однако не меньшаго, а скорѣе даже большаго напряженія нервныхъ силъ. Милліоны людей принуждены цѣлые дни проводить въ антигигіеническихъ условіяхъ фабричной обстановки, улучшить которую бываетъ иногда весьма трудно. Точно также чиновники, коммерсанты и всякаго рода служащіе далеко не пользуются въ той степени свѣжимъ воздухомъ и движеніемъ, какъ это необхо-

димо для здоровья. Антигигіеничныя условія начинаютъ складываться уже въ молодомъ, въ дѣтскомъ возрастѣ. Не говоря о людяхъ несостоятельныхъ, лишенныхъ возможности доставлять все необходимое для пользы ребенка, даже болѣе состоятельные, можетъ-быть безсознательно, нерѣдко приносятъ вредъ развивающемуся организму ребенка, напр., слишкомъ раннимъ обученіемъ для подготовки къ предстоящей борьбѣ за существованіе.

Женщины, не видя въ бракѣ условій, могущихъ создать ихъ благополучіе, стараются самостоятельно, своимъ личнымъ трудомъ, зарабатывать средства къ существованію; слѣдствіемъ чего должна явиться конкурренція съ мужчиной, вредно отзывающаяся на слабомъ организмѣ женщины, не исполнившей къ тому-же своего назначенія — стать женой и матерью.

Что касается воспитанія дѣтей, то Krafft-Ebing говоритъ: „нужно пожить въ большомъ городѣ и посѣтить хижины бѣдныхъ и дворцы богатыхъ, чтобы увидѣть, какія тамъ совершаются ошибки въ воспитаніи; какъ дѣти бѣдныхъ физически и нравственно погибаютъ въ грязи и въ водкѣ, а дѣти богатыхъ—въ праздности и роскоши.“ Вообще, важнымъ источникомъ будущей нервности служитъ то обстоятельство, что дѣти въ слишкомъ раннемъ возрастѣ начинаютъ принимать участіе въ жизни взрослыхъ. Уже съ третьяго года часто даютъ дѣтямъ такія, раздражающія нервы, вещества, какъ вино или пиво. Ежедневно можно видѣть заспанныхъ дѣтей въ театрѣ, куда ихъ ведутъ неблагоразумные родители. Испытавъ всевозможныя, дѣйствующія на нервы, удовольствія еще въ дѣтствѣ, ребенокъ скоро ими пресыщается, такъ что рѣдко можно встрѣтить настоящаго ребенка въ полномъ смыслѣ этого слова. Чтобы убѣдиться, насколько рано начинаетъ жить подростающее поколѣніе, стоитъ лишь всмотрѣться въ жизнь гимнази-

стовъ, у которыхъ попойки, любовныя приключенія и другія, сходныя съ этимъ развлеченія, составляютъ заурядныя явленія.

Всѣ указанные выше неблагопріятные моменты современной жизни, ослабляя нервную систему, подготовляютъ удобную почву для развитія неврастеніи, подъ вліяніемъ ничтожнѣйшихъ причинъ, даже у лицъ, не отягощенныхъ наслѣдственностью.

Значеніе цивилизаціи, какъ фактора, играющаго извѣстную роль въ развитіи неврастеніи, было отмѣчено еще Beard'омъ, который говоритъ, что неврастенія встрѣчается лишь въ цивилизованныхъ странахъ. Мнѣніе это, отличающееся нѣкоторой односторонностью, не раздѣляется большинствомъ авторовъ, такъ какъ и въ странахъ некультурныхъ нельзя отрицать существованіе причинъ, могущихъ послужить удобной почвой для развитія нервной слабости.

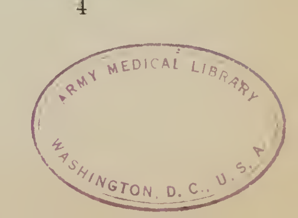
Greene замѣчаетъ, что одной изъ причинъ неврастеніи, безъ сомнѣнія, является современная цивилизація, которая дѣлаетъ жизнь болѣе напряженной и трудной, такъ какъ борьба за существованіе становится съ каждымъ днемъ неизбѣжнѣе. Особенно тяжела эта борьба для людей незажиточныхъ и обремененныхъ семействомъ: вызывая нервность, она болѣе отражается на женщинахъ, которыя вообще легче поддаются душевнымъ волненіямъ. Эта нервность родителей не можетъ не отразиться и на потомствѣ и— рождаются дѣти, съ болѣзненной наслѣдственностью.

Laurent, считая неврастенію болѣзнью не новой, говоритъ, что она является плодомъ цивилизаціи всѣхъ временъ, когда житейскія треволненія становятся неизбѣжными для людей, принужденныхъ вести борьбу за существованіе; а Erb спрашиваетъ, дѣйствительно-ли въ наше время неврастенія встрѣчается чаще, нежели прежде? Дѣйстви-

тельно-ли она, какъ обыкновенно принято думать, достигла ужасающихъ размѣровъ, и должна-ли она еще болѣе распространиться въ будущемъ? На эти вопросы авторъ даетъ положительные отвѣты, основанные на общихъ соображеніяхъ, касающихся современной жизни. Въ самомъ дѣлѣ, мы замѣчаемъ: 1) сильное умственное напряженіе, на ряду съ наростаніемъ труда и переутомленіемъ; 2) избытокъ моментовъ, волнующихъ наше сердце, какъ въ домашней, такъ и въ общественной жизни; 3) чрезмѣрное напряженіе мускуловъ, вызванное злоупотребленіемъ различнаго рода спортами; 4) искуственное возбужденіе половыхъ органовъ; 5) избытокъ развлеченій; 6) безсонныя ночи и возбужденіе чувствъ зрѣлищами различнаго рода; 7) сильныя душевныя потрясенія, и 8) нервное предрасположеніе. Всѣ эти условія, встрѣчающіяся въ современной жизни, обусловливаютъ безспорно ея вредное вліяніе на нервную систему.

Считая излишнимъ останавливаться долѣе на соціалогическихъ условіяхъ современной жизни, вліяющихъ на развитіе неврастеніи, укажу лишь на то внутреннее, коренное противорѣчіе, которое слышится въ словахъ „*вредъ*“ и „*болѣзнь*“ на ряду со словами „*прогрессъ*“ и „*цивилизація*“. Къ сожалѣнію, практика доказываетъ возможность существованія въ жизни въ одно и то-же время этихъ печальныхъ и отрадныхъ явленій. Объясняется это неодинаковыми успѣхами современной цивилизаціи въ различныхъ областяхъ знанія, и слѣдуетъ надѣяться, что со временемъ гигіена и профилактика, догнавъ въ своемъ развитіи другія отрасли знанія, дадутъ возможность совмѣстить существованіе культурнаго прогресса на ряду съ полной сохранностью нервныхъ силъ.

b) *Національность и климатъ.* Что касается вліянія національности и климата, какъ общихъ предрасполагающихъ моментовъ къ развитію неврастеніи, то вопросъ этотъ далеко еще не разработанъ съ должной полнотой. Въ литературѣ



встрѣчаются, правда, указанія отдѣльныхъ авторовъ, однако они вовсе не исчерпываютъ всего предмета. Для рѣшенія указаннаго вопроса были-бы потребны массовыя наблюденія, громадная статистика и, сверхъ того, правильное толкованіе вліянія элементовъ климата, столь мало доступныхъ обособленному изученію.

Въ вопросѣ о національности, само собой понятно, имѣетъ большое значеніе образъ жизни народа, такъ какъ преимущественно фабрично-заводская дѣятельность, со связанными съ нею условіями жизни, болѣе располагаетъ къ неврастеніи, нежели сельско-хозяйственная.

Въ своей работѣ о неврастеніи, Beard особенно подчеркиваетъ тотъ фактъ, что эта болѣзнь представляетъ собой почти исключительное достояніе американцевъ, встрѣчаясь здѣсь гораздо чаще, нежели въ другихъ странахъ стараго свѣта. По его мнѣнію, въ Германіи, Россіи и Италіи она почти неизвѣстна; во Франціи встрѣчается нѣсколько чаще, въ Англіи же сравнительно распространена. Мнѣніе Beard'а, относительно распространенности неврастеніи въ Америкѣ, заслуживаетъ большого вниманія, такъ какъ авторъ, будучи американецъ, могъ лично изучить этотъ недугъ на родинѣ; что же касается другихъ странъ, то, въ этомъ отношеніи, его мнѣніе не имѣетъ рѣшающаго значенія. Такъ, напримѣръ, Bouchut доказываетъ, что во Франціи неврастенія распространена довольно значительно; то-же можно сказать и относительно Германіи. Что-же касается Россіи, то мнѣ кажется, что и тамъ всякому невропатологу весьма часто приходилось встрѣчаться съ этимъ страданіемъ. Что, быть-можетъ, въ Америкѣ, благодаря условіямъ жизни народа, неврастенія наблюдается нѣсколько чаще, чѣмъ въ другихъ странахъ, съ этимъ можно, пожалуй, согласиться, но чтобы она составляла почти исключительное достояніе американцевъ, то этотъ вопросъ можно

до извѣстной степени считать рѣшеннымъ въ отрицательномъ смыслѣ.

Въ Финляндіи, пишетъ Holsti, неврастенія очень распространена и притомъ, какъ въ городахъ, такъ и въ деревняхъ,—какъ среди шведовъ, такъ и среди финновъ. При этомъ не обнаруживается тѣсной зависимости числа заболѣваній отъ степени экономическаго благосостоянія. Рѣдко встрѣчаясь у дѣтей и стариковъ, болѣзнь эта чаще наблюдается у женщинъ, нежели у мужчинъ, появляясь въ возрастѣ отъ 16—25 лѣтъ.

Особенно часто, замѣчаютъ нѣкоторые авторы (Krafft-Ebing, Bouveret, Erb и др.), заболѣваютъ неврастеніей евреи, причемъ Erb считаетъ семитское племя особенно отличающимся нервнымъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ. На этой почвѣ, подъ вліяніемъ различныхъ причинъ и, между прочимъ, постоянной борьбы за существованіе, можетъ развиться нервная слабость.

Pilcz, на основаніи, наблюдавшихся имъ въ вѣнской психіатрической клиникѣ, 1437-ми больныхъ, изъ которыхъ 196 человѣкъ были евреи, приходитъ къ выводу, что евреи очень расположены къ тѣмъ психозамъ, при которыхъ наслѣдственное предрасположеніе играетъ главнѣйшую роль. Особенно это бросается въ глаза въ отношеніи неврастеніи.

Полагаютъ, что, кромѣ евреевъ, отличаются значительной нервностью еще романская и славянская расы.

Collins и Phillips, изслѣдовавъ съ точки зрѣнія этіологіи 333 случая и распредѣливъ больныхъ, между прочимъ, и по національности, приходятъ къ выводу, что изъ всего числа неврастениковъ 43,5% составляли американцы, 20,7% — русскіе, 10,2% — нѣмцы, 10,2% — ирландцы, 4,5% — австрійцы, 2,4% — англичане и 0,6% — французы; 25% всѣхъ больныхъ принадлежали къ различныхъ другимъ національностямъ. Хотя эти цифры и интересны, тѣмъ

не менѣе понятно, что онѣ не могутъ имѣть рѣшающаго значенія въ разсматриваемомъ нами вопросѣ, такъ какъ число наблюденій слишкомъ незначительно и, кромѣ того, наблюденія эти страдаютъ нѣкоторой односторонностью.

Что касается вліянія климата на развитіе неврастеніи, то имѣющіяся, въ этомъ отношеніи, данныя еще менѣе удовлетворительны, нежели данныя, касающіяся вліянія національности на заболѣваемость неврастеніей.

Bartlett говоритъ, что сухой и весьма жаркій климатъ, точно также, какъ и весьма холодный, предрасполагаютъ къ нервной слабости. Krafft-Ebing считаетъ, что изученіе вліянія климата на развитіе неврастеніи весьма затруднительно, ввиду сложности вопроса. На основаніи имѣющихся наблюденій, можно лишь придти къ заключенію, что, вообще, въ южныхъ странахъ неврастенія менѣе распространена. Это явленіе объясняется меньшимъ напряженіемъ умственныхъ и тѣлесныхъ силъ народовъ, одаренныхъ богатствомъ окружающей ихъ природы. Можетъ-быть и меньшее злоупотребленіе алкоголемъ у южныхъ народовъ, по сравненіи съ народами сѣвера, оказываетъ вліяніе на частоту заболѣванія неврастеніей. Между прочимъ, названный авторъ приводитъ случай, гдѣ у женщины, жившей въ Австріи, подъ вліяніемъ перемѣны одного лишь климата, вслѣдствіе переѣзда въ тропическія страны, развилась неврастенія. Каждый разъ, когда больная возвращалась на родину, симптомы неврастеніи исчезали и появлялись вновь, при ея возвращеніи подъ тропики.

c) *Полъ.* Относительно вліянія пола на заболѣваніе неврастеніей, мнѣнія авторовъ расходятся. Такъ, напр., Schmidt утверждаетъ, что мужчины являются болѣе предрасположенными къ неврастеніи, тогда какъ Holsti говоритъ, что въ Финляндіи неврастенія встрѣчается чаще среди женщинъ, нежели среди мужчинъ. Beard и Bouveret склонны

смотрѣть на неврастенію, какъ на болѣзнь, поражающую чаще женщинъ, между тѣмъ какъ Möbius и Löwenfeld держатся противоположнаго мнѣнія. Levillain находитъ, что оба пола обнаруживаютъ одинаковую степень предрасположенія.

Цифры, добытыя различными статистиками, говоритъ Krafft-Ebing, доказываютъ справедливость взгляда Möbius'а и Löwenfeld'а. Althaus нашелъ на основаніи своей практики, что число мужчинъ-неврастениковъ относится къ числу женщинъ-неврастеничекъ, какъ 67:33. Gugl и Stichl указываютъ на тотъ фактъ, что изъ 209 неврастениковъ, принятыхъ въ лечебницу, мужчинъ было 144, а женщинъ 65. Статистика Hösslin'а также доказываетъ преобладаніе больныхъ мужчинъ надъ больными женщинами.

Krafft-Ebing изъ 1007 неврастениковъ, посѣтившихъ его амбулаторію, насчитываетъ 660 мужчинъ и 347 женщинъ, а въ частной практикѣ на 597 неврастениковъ приходится 434 мужчины и 163 женщины. Во всякомъ случаѣ, говоритъ авторъ, трудно рѣшить вопросъ, кто больше предрасположенъ къ неврастеніи—мужчины или женщины, такъ какъ эти послѣднія, видя источникъ своихъ страданій въ половой сферѣ, часто обращаются за помощью къ гинекологамъ, а не къ невропатологамъ, хотя, съ другой стороны, и многіе мужчины, съ признаками половой неврастеніи, ищутъ помощи у спеціалистовъ по моче-половымъ болѣзнямъ.

Лично авторъ вынесъ убѣжденіе, что неврастенія встрѣчается лишь немногимъ рѣже у женщинъ, нежели у мужчинъ. Не слѣдуетъ только, безъ дальнѣйшихъ разсужденій, всякій общій неврозъ, находимый у женщинъ и обнаруживающій нѣкоторые симптомы истеріи, относить къ неврастеніи.

d) *Вліяніе брака.* Schmidt, разсматривая большое число случаевъ неврастеніи съ точки зрѣнія этіологіи, приходитъ

къ выводу, что болѣзнь эта встрѣчается чаще у людей, вступившихъ въ бракъ, нежели у безбрачныхъ. Collins и Phillips находятъ изъ общаго числа 333 человѣкъ больныхъ неврастеніей—198 больныхъ, живущихъ въ бракѣ, и 135 безбрачныхъ, какъ мужчинъ, такъ и женщинъ. По статистикѣ Hösslin'a, изъ 828 больныхъ нервной слабостью половину составляли люди женатые и половину холостые.

Изъ 500 больныхъ Krafft-Ebing'a, 250 были люди безбрачные, 232 жили въ бракѣ и 18 было овдовѣвшихъ, или жившихъ въ разводѣ. Вообще, названный авторъ считаетъ, что вредные моменты какъ брачной, такъ и безбрачной жизни, вызывающіе неврастенію, уравновѣшиваютъ до нѣкоторой степени другъ друга. Если же мы пожелаемъ ближе подойти къ рѣшенію вопроса о вліяніи брака на развитіе неврастеніи, то необходимо, говоритъ авторъ, разсмотрѣть въ этомъ отношеніи мужчинъ и женщинъ въ отдѣльности. Оказывается по статистикѣ Krafft-Ebing'a, что у мужчинъ не столько бракъ вліяетъ на развитіе неврастеніи, сколько сама неврастенія на бракъ, увеличивая число холостыхъ мужчинъ-неврастениковъ, такъ какъ эти послѣдніе не чувствуютъ себя способными къ семейной жизни (изъ 250 неврастениковъ, 177 холостыхъ). Что-же касается женщинъ, то у нихъ брачная жизнь способствуетъ развитію неврастеніи, ввиду непосильныхъ и вредныхъ для женщинъ условій, встрѣчающихся въ современной семейной жизни (изъ 250 женщинъ-неврастеничекъ—169 замужнихъ). Особенно пагубно дѣйствуетъ, весьма распространенный въ послѣднее время, coïtus interruptus, практикующійся съ цѣлью помѣшать появленію на свѣтъ дѣтей.

е) *Возрастъ.* Въ настоящее время доказано изслѣдованіями многихъ авторовъ, что неврастенія есть болѣзнь, появленіе которой наблюдается въ различные періоды человѣческой жизни. Ни дѣтство, ни зрѣлый возрастъ, ни ста-

рость не застрахованы отъ неврастеніи, хотя понятно, что наиболѣе способствуетъ появленію этой болѣзни средній возрастъ, т. е., тотъ возрастъ, когда приходится обычно тратить наибольшій запасъ умственныхъ и тѣлесныхъ силъ въ борьбѣ за существованіе. Въ дѣтскомъ и старческомъ возрастѣ нервная слабость, хотя и появляется, но сравнительно рѣже, такъ что мы до нѣкоторой степени въ правѣ считать неврастенію болѣзнью преимущественно средняго возраста.

По изслѣдованіямъ Holsti, въ Финляндіи неврастенія чаще всего встрѣчается въ возрастѣ отъ 16—25 лѣтъ, причемъ авторъ подчеркиваетъ тотъ фактъ, что у дѣтей и стариковъ болѣзнь эта наблюдается сравнительно рѣдко.

Возрастомъ наиболѣе предрасполагающимъ къ появленію неврастеніи, служитъ, по мнѣнію Löwenfeld'a, возрастъ отъ 20—45 лѣтъ. Приблизительно тѣ-же данныя встрѣчаются и у Hösslin'a, согласно которому 83% его паціентовъ-неврастениковъ имѣли отъ 20—50 лѣтъ отъ-роду.

Collins и Phillips, основываясь на 333 случаяхъ неврастеніи, даютъ слѣдующія цифры, указывающія на частоту этого страданія въ различныхъ возрастахъ:

отъ 10 до 20 лѣтъ	6,6%
„ 20 „ 30 „	39,6%
„ 30 „ 40 „	27%
„ 40 „ 50 „	16,2%
„ 50 „ 60 „	8,4%
„ 60 „ 70 „	2,1%

Такимъ образомъ 82,8% всѣхъ случаевъ падаетъ на возрастъ отъ 20—50 лѣтъ.

Althaus констатировалъ, въ 541 случаѣ, время появленія неврастеніи:

отъ 10 до 19 лѣтъ	въ 6,8%
„ 20 „ 29 „	„ 31,2%
„ 30 „ 39 „	„ 24%

отъ 40 до 49 лѣтъ				въ 15,8%
„ 50	„ 59	„		„ 13,4%
„ 60	„ 69	„		„ 8,5%

Какъ видно, 71% всѣхъ случаевъ приходится на возрастъ отъ 20—50 лѣтъ.

По статистикѣ Krafft-Ebing'а, на этотъ-же возрастъ приходится 77% всѣхъ случаевъ.

Parisot, разбирая вопросъ о неврастеніи и старости, говоритъ, что почти всѣ случаи нервной слабости, наблюдающіеся послѣ 60 лѣтъ, имѣютъ свое начало въ болѣе молодомъ возрастѣ (изъ 174 случаевъ 166 разъ), и лишь рѣдко возникаютъ въ этомъ періодѣ жизни (8 разъ изъ 174). Вообще, старость, по мнѣнію автора, не предрасполагаетъ къ неврастеніи; если же она и появляется у старика, то отличается отъ неврастеніи средняго возраста менѣе рѣзко выраженными симптомами, вслѣдствіе чего и діагносцировать болѣзнь Beard'а, въ пожиломъ возрастѣ, нужно съ большой осторожностью, чтобы не смѣшать ея со сходными разстройствами, порождающимися старостью.

Въ послѣднее время, нѣкоторые авторы обратили особенное вниманіе на распространеніе неврастеніи въ дѣтскомъ возрастѣ. Такъ, Boaïadjieff считаетъ, что болѣзнь эта далеко не рѣдко встрѣчается у дѣтей, причемъ симптомы ея, въ этомъ случаѣ, выражены нѣсколько слабѣе, нежели у взрослыхъ, хотя клиническая картина нервной слабости у тѣхъ и другихъ въ общемъ одна и та-же.

Delporte описываетъ нѣсколько случаевъ неврастеніи у дѣтей, причемъ считаетъ, что у нихъ также, какъ и у взрослыхъ, могутъ, въ возникновеніи болѣзни, играть роль, съ одной стороны, цѣлый рядъ случайныхъ причинъ, какъ-то: физическія, умственныя и душевныя переутомленія, а съ другой—предрасполагающіе моменты, среди которыхъ главнѣйшимъ является наслѣдственность.

Точно также Cappelletti приводитъ случаи неврастеніи въ дѣтскомъ возрастѣ и присоединяется къ мнѣнію, что неврастенія у дѣтей встрѣчается не такъ рѣдко, какъ это вообще принято считать.

По статистикѣ Krafft-Ebing'a, случаи неврастеніи, наблюдающіеся до 20 года жизни, составляютъ у женщинъ 20%, а у мужчинъ 20,24% всего числа больныхъ. Эта высокая, по сравненію съ числами другихъ изслѣдователей, цифра больныхъ дѣтей объясняется преимущественно тѣмъ, что названный авторъ черпалъ матеріалъ свой изъ средняго класса столичнаго населенія, человѣку же, знакомому съ воспитаніемъ и образомъ жизни дѣтей большихъ городовъ, эта цифра вѣроятно не покажется чрезмѣрной. Во всѣхъ случаяхъ встрѣчалось тяжелое, обычно наслѣдственное предрасположеніе; у мальчиковъ, а также нерѣдко и у дѣвушекъ, мастурбація значительно способствовала возникновенію болѣзни.

f) *Родъ занятій и общественное положеніе.* Что касается общаго предрасполагающаго вліянія, какое можетъ имѣть родъ занятій и, вообще, общественное положеніе на развитіе неврастеніи, то вопросъ этотъ, крайне важный самъ по себѣ, можетъ быть отчасти рѣшенъ на основаніи цѣлаго ряда соображеній чисто общаго характера.

Разсматривая неврастенію, какъ фиксированную патологическую усталость, становится понятнымъ предположеніе, что всѣ занятія и всякое общественное положеніе, требующія траты большого запаса физическихъ и душевныхъ силъ, при отсутствіи возможности возмѣстить ихъ соотвѣтствующимъ отдыхомъ, благопріятствуютъ появленію неврастеніи. Точно также дѣйствуетъ и родъ занятій, требующій, хотя и кратковременнаго, но непомѣрно сильнаго напряженія силъ (напр. экзамены) въ той или иной сферѣ человѣческихъ способностей. Особенно тяжелы профессіи, связанныя съ

большой нравственной отвѣтственностью, какъ, напримѣръ, врачей, инженеровъ, служащихъ на телеграфѣ и т. д.

Rockwell говоритъ, что ему особенно часто приходилось наблюдать, среди неврастиковъ, врачей, являющихся, по словамъ проф. Strümpell'я, самыми худшими паціентами, какими бываютъ вообще больные, которые, путемъ ли наблюденія, или чтенія, знакомясь съ болѣзнями, способствуютъ этимъ самымъ разнообразію своихъ субъективныхъ припадковъ. Понятно, что неврастенія особенно часто наблюдается и у дѣловыхъ людей, смѣлые планы которыхъ исполнены волненія, страха и надежды; у политиковъ, умъ которыхъ безпрестанно возбуждается страстной борьбой партій; у художниковъ и ученыхъ, которыхъ неутомимое честолюбіе обрекаетъ на постоянную борьбу и соревнованіе.

Къ профессіямъ, особенно предрасполагающимъ къ неврастеніи, Krafft-Ebing причисляетъ и учительскую. Содержаніе преподавателей крайне ограничено и имъ приходится нерѣдко прибѣгать къ весьма утомительнымъ частнымъ урокамъ, чтобы быть въ состояніи прокормить свою семью. Встрѣчающіеся имъ на жизненномъ пути удары судьбы окончательно подрываютъ ихъ силы. По статистикѣ названнаго автора, среди 250 неврастениковъ было 14 учителей, 18 офицеровъ, 13 инженеровъ и служащихъ въ почтово-телеграфномъ вѣдомствѣ, 9 банковыхъ чиновниковъ и 2 журналиста. Относительно офицеровъ авторъ замѣчаетъ, что у нихъ, помимо умственнаго и тѣлеснаго напряженія, связаннаго со службой, эта послѣдняя является крайне отвѣтственной, а строгая дисциплина и подчиненность заставляютъ сдерживать душевные порывы.

Oppenheim придаетъ большое значеніе при развитіи неврастеніи тѣмъ спеціальностямъ, которыя требуютъ ночной работы, хотя бы и была возможность возмѣстить ночное бдѣніе дневнымъ отдыхомъ. Такъ, онъ находитъ весьма зна-

чительнымъ число неврастениковъ среди полицейскихъ, телеграфистовъ, желѣзно-дорожныхъ служащихъ и наборщиковъ. Съ этимъ мнѣніемъ однако не согласенъ Krafft-Ebing, который предполагаетъ, что съ указанными профессіями связаны вѣроятно еще какія-либо иныя вредныя условія, такъ какъ онъ лично не могъ отмѣтить предрасполагающаго вліянія къ заболѣванію неврастеніей другихъ профессій, тоже связанныхъ съ ночной работой, какъ, напримѣръ, булочниковъ и ночныхъ сторожей.

Не вдаваясь въ болѣе подробное разсмотрѣніе всѣхъ профессій и занятій, вредно отзывающихся на нервной системѣ, замѣчу лишь, что въ настоящее время едва-ли найдется много профессій, которыя бы тѣмъ или инымъ образомъ не ослабляли нашихъ нервовъ: всѣ почти роды службы и занятій, нося отпечатокъ современнаго культурнаго времени, вмѣстѣ съ тѣмъ заключаютъ въ себѣ ясно выраженные элементы борьбы за существованіе.

2. Индивидуально-предрасполагающія причины.

а) *Наслѣдственное предрасположеніе.* Біологическій законъ наслѣдственности, играющій выдающуюся роль въ органической жизни и, въ значительной степени, вліяющій на умственный прогрессъ человѣчества, отражается существеннымъ образомъ и на нашихъ нервахъ. Фактъ наслѣдственности нравственныхъ недостатковъ и душевныхъ болѣзней былъ уже извѣстенъ Гиппократу, такъ что наслѣдственность, въ сферѣ психическихъ разстройствъ, является только частнымъ выраженіемъ указаннаго общаго біологическаго закона.

Относительно вліянія наслѣдственнаго предрасположенія, какъ причиннаго момента, слѣдуетъ замѣтить, что, согласно

мнѣнію большинства авторовъ, вліяніе это на развитіе неврастеніи весьма значительно.

Althaus, въ 541 случаѣ неврастеніи, могъ констатировать вліяніе наслѣдственности у 221 больного, но считаетъ, впрочемъ, что въ дѣйствительности вліяніе это бываетъ еще значительнѣе.

Особенно много занимался вопросомъ о наслѣдственной передачѣ нервныхъ болѣзней Möbius, на основаніи изслѣдованій котораго можно заключить, что нервность (nervosité, nervosismus, Nervosität), являющаяся часто результатомъ болѣзненной наслѣдственности, служитъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ причиной неврастеніи.

Brauns, признавая разнообразіе причинъ неврастеніи, говоритъ, что наиболѣе важной причиной и вмѣстѣ съ тѣмъ удобной почвой, на которой легче всего развивается неврастенія, служитъ наслѣдственное расположеніе. Хотя, по словамъ автора, унаслѣдовавшій это расположеніе не можетъ себя предохранить отъ него, однако можетъ въ значительной степени ослабить вліяніе этого расположенія соотвѣтствующимъ образомъ жизни.

Среди предрасполагающихъ причинъ, говоритъ Neff, наслѣдственность играетъ весьма важную роль въ этіологіи неврастеніи.

Kachperov, изъ многочисленныхъ причинъ, способствующихъ появленію неврастеніи, придаетъ особое значеніе: 1) отсутствію или недостаточности воспитанія, 2) наслѣдственности, и 3) несоблюденію правилъ физической, психической и нравственной гигіены.

При наличности болѣзненной наслѣдственности, замѣчаетъ Bidon, неврастенія можетъ возникнуть даже безъ всякой видимой внѣшней причины.

Charcot училъ, что лица съ ясно выраженной наслѣдственной нервностью — именно тѣ, которые болѣе всего

расположены къ неврастеніи, причемъ однако, для возникновенія болѣзни, необходимъ еще какой-нибудь внѣшній толчекъ — чаще всего переутомленіе. Другое дѣло, если имѣется неврастеническая наслѣдственность. Въ этомъ случаѣ, огорченія, занятія, переутомленіе не такъ существенны, такъ какъ зачатки болѣзни имѣются на лицо уже съ первыхъ дней жизни ребенка.

Наиболѣе частой причиной неврастеніи, говоритъ Eskridge, является наслѣдственность.

Merrit высказываетъ мнѣніе, что корень большинства случаевъ истеріи и неврастеніи взрослыхъ гнѣздится еще въ дѣтскомъ возрастѣ, причемъ этіологическимъ моментомъ часто служитъ наслѣдственность.

Основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, Ziehen высчитываетъ, что на 267 случаевъ типической неврастеніи— въ 208 случаяхъ, т. е., въ 74%, имѣлась болѣзненная наслѣдственность. Эти результаты согласны съ данными Löwenfeld'a, который обнаружилъ наслѣдственность въ 70% наблюдавшихся имъ случаевъ.

Lentz присоединяется къ мнѣнію Pitres'a, по которому, подъ вліяніемъ одной и той-же причины, одинъ субъектъ заболѣваетъ эпилепсіей, другой истеріей, или неврастеніей, или какимъ-либо психозомъ, причемъ обыкновенно, для каждаго изъ этихъ заболѣваній, нужно имѣть предрасположеніе, которое бываетъ на лицо уже при рожденіи, и на проявленія котораго нужно обращать вниманіе еще въ раннемъ дѣтствѣ.

По статистикѣ Krafft-Ebing'a, въ 500 случаяхъ неврастеніи, авторъ нашелъ 318 разъ наслѣдственность. Какъ на небезъинтересную деталь, авторъ указываетъ на то, что въ двухъ случаяхъ можно было отмѣтить самоубійство отца, въ 5 случаяхъ пьянство матери, въ 50 — невропатію отца, въ 99—матери, въ 10 случаяхъ психозъ отца, въ 16—

матери; невропатія отца, матери и другихъ членовъ семейства наблюдалось 136 разъ. Въ этихъ невропатическихъ семействахъ можно было весьма часто встрѣтить конституціональную мигрень, истерію, эпилепсію, а также нерѣдко случаи дегенеративныхъ психозовъ—особенно паранои.

Названный авторъ замѣчаетъ, что ему рѣдко приходилось наблюдать у неврастениковъ однородную наслѣдственность, т. е., одну и ту-же болѣзнь какъ у предковъ, такъ и у потомковъ. Изъ нервности могутъ очевидно развиться всевозможныя нервныя разстройства, причемъ однако неврастенія и ея развитіе находятся, въ большинствѣ случаевъ, въ зависимости еще отъ вліянія внѣшнихъ условій.

Понятно однако, что этимъ не исключается возможность развитія неврастеніи только изъ внутреннихъ причинъ; но въ послѣднемъ случаѣ мы будемъ имѣть дѣло съ тяжелой конституціональной неврастеніей, при которой прогнозъ крайне неблагопріятенъ. Эта неврастенія развивается обыкновенно уже въ раннемъ дѣтствѣ и лишь рѣдко ко времени начала физическаго развитія.

b) *Вліяніе невропатической конституціи.* Кромѣ наслѣдственнаго расположенія, весьма важнымъ индивидуально предрасполагающимъ моментомъ къ неврастеніи слѣдуетъ считать невропатическую конституцію, т. е., особую конституцію нервныхъ элементовъ, сущность которой заключается въ томъ, что „равновѣсіе отправленій нервной системы у подобныхъ индивудуумовъ бываетъ крайне неустойчивымъ и нарушается уже при мимолетныхъ, ничтожныхъ внѣшнихъ раздраженіяхъ; реакція со стороны нервныхъ центровъ на эти раздраженія оказывается чрезмѣрно сильною и распространенною, но непродолжительною, вслѣдъ за которой очень быстро наступаетъ истощеніе нервной дѣятельности. Въ этомъ состояніи „раздражительной слабости“ на невропатическихъ субъектовъ могутъ оказывать вліяніе такія раз-

драженія, которыя на людей съ нормальной нервною системою или вовсе не дѣйствуютъ, или дѣйствуютъ далеко не съ такою силою". Становится, такимъ образомъ, понятнымъ, что при невропатической конституціи представляется болѣе легкая возможность заболѣванія вслѣдствіе самыхъ незначительныхъ болѣзнетворныхъ причинъ. На почвѣ указанной выше невропатической конституціи, можетъ развиться между прочимъ и неврастенія.

И такъ, всѣ тѣ условія, которыя способствуютъ появленію невропатической конституціи, могутъ вмѣстѣ съ тѣмъ благопріятствовать и развитію неврастеніи.

Невропатическая конституція бываетъ или *врожденной*, или *пріобрѣтенной*. Какъ явленіе врожденное (Krafft-Ebing), она можетъ однако встрѣчаться и у потомковъ такихъ лицъ, которыя сами были совершенно свободны отъ какихъ-либо признаковъ болѣзненной наслѣдственности. Въ этихъ случаяхъ она является результатомъ различныхъ ослабляющихъ моментовъ, дѣйствовавшихъ на родителей въ моментъ зачатія индивидуума, пораженнаго ею: таковы, напримѣръ, высокій возрастъ родителей, перенесенныя отцомъ тяжелыя болѣзни, сифилисъ, меркуріальное леченіе,— или же она вызвана вредными вліяніями, которымъ подвергалась мать во время беременности (острыя лихорадочныя заболѣванія, общія разстройства питанія, излишества и проч.).

По статистикѣ Krafft-Ebing'a, у 27 мужчинъ и 45 женщинъ, изъ всего числа 500 больныхъ (см. стр. 44), страдавшихъ неврастеніей, не удалось доказать наслѣдственнаго или семейнаго расположенія. Весьма возможно, что въ этихъ случаяхъ имѣлось дѣло съ невропатической конституціей, зависящей отъ вредныхъ моментовъ, подъ вліяніемъ которыхъ находились родители во время зачатія. Эта нервность потомства выразилась, между прочимъ, въ рано появившихся

и ослабляющихъ поллюціяхъ, которыя, будучи оставлены безъ вниманія, повели къ тяжелымъ неврастеническимъ состояніямъ.

Нерѣдко невропатическая конституція бываетъ и пріобрѣтенной, являясь слѣдствіемъ истощающихъ тяжелыхъ болѣзней, напримѣръ, тифа, а также — частыхъ трудныхъ родовъ и послѣродовыхъ заболѣваній, кровотечеиій, половыхъ излишествъ, въ особенности онанизма, или чрезмѣрнаго тѣлеснаго и умственнаго напряженія, соединеннаго съ душевными волненіями. Ее могутъ вызывать также и тяжелыя острыя болѣзни, перенесенныя въ дѣтствѣ. Такъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ неврастеніи, Krafft-Ebing нашелъ, что, лежащая въ основѣ этого заболѣванія, невропатическая конституція зависѣла отъ внутриутробнаго или дѣтскаго рахита, повліявшаго вредно на развитіе черепа и мозга.

Вообще, всѣ указанные выше вредные моменты пріобрѣтаютъ тѣмъ большее значеніе, чѣмъ моложе ребенокъ, подвергающійся ихъ вліянію. Во всякомъ случаѣ, весьма рѣдко— и то лишь на почвѣ тяжелой болѣзненной наслѣдственности—можно доказать, что моменты эти непосредственно вызываютъ неврастенію; обыкновенно же они только ослабляютъ на всю жизнь нервную систему и ея способность къ сопротивленію.

В. Случайныя причины.

1) Психическія причины.

а) *Душевныя волненія.* Что душевныя волненія крайне вредно отзываются на здоровьѣ человѣка, это едва-ли требуетъ доказательствъ, такъ какъ многочисленные случаи изъ повседневной жизни подтверждаютъ правильность этого положенія. Подтачивая здоровье людей, душевныя

волненія не могутъ не отразиться и на жизни нервовъ. Хотя и медленно, но несомнѣнно они разрушаютъ наши душевныя и тѣлесныя силы. Иногда вліяніе нравственныхъ потрясеній сказывается даже весьма скоро; въ особенности бываетъ это въ тѣхъ случаяхъ, когда организмъ, ослабленный болѣзненной наслѣдственностью, различнаго рода страданіями и другими ослабляющими моментами, не можетъ уже оказать достаточнаго сопротивленія. Не будучи въ состояніи воспротивиться гибельному вліянію волненій, организмъ поддается имъ, результатомъ чего можетъ явиться та или другая форма неврастеніи.

Чѣмъ причины, вызывающія душевныя волненія, наступаютъ быстрѣе и неожиданнѣе, тѣмъ сильнѣе они отражаются на нашихъ нервахъ. Внезапная смерть близкаго лица, неожиданная потеря состоянія; крупныя непріятности по службѣ и другія подобныя потрясенія, вотъ—тѣ случайныя причины, дающія нерѣдко толчекъ къ развитію неврастеніи. Особенно важнымъ моментомъ, при подобныхъ случаяхъ бываетъ испугъ, связанный съ неожиданнымъ несчастьемъ. И въ литературѣ имѣется не мало указаній на появленіе, вслѣдъ за катастрофой, неврастеніи, а также нерѣдко истеріи, афазіи, эпилепсіи, хореи, обусловленныхъ психическимъ шокомъ. Особенно часто можно наблюдать вліяніе психическаго шока при тяжелыхъ тѣлесныхъ поврежденіяхъ. Въ подобныхъ случаяхъ неврастенія является весьма частымъ послѣдствіемъ и, хотя при этомъ играютъ этіологическую роль и механическія вліянія травмы, но все-же главное значеніе имѣетъ психическій шокъ, соединенный съ тѣлеснымъ поврежденіемъ—и, такимъ образомъ, происхожденіе болѣзни бываетъ здѣсь преимущественно психическое.

Въ послѣднее время нерѣдко поводомъ къ развитію различныхъ травматическихъ общихъ неврозовъ,—куда можно

отнести и неврастенію, — служатъ желѣзно-дорожныя катастрофы.

Въ какой мѣрѣ при развитіи травматической неврастеніи, необходима наличность наслѣдственнаго предрасположенія, этотъ вопросъ является до настоящаго времени еще спорнымъ.

Glorieux считаетъ, что вліяніе нервной наслѣдственности, какъ предрасполагающаго момента при развитіи травматической неврастеніи, весьма значительно. Vitek приводитъ случай, гдѣ у лица, съ невропатической наслѣдственностью, появилась неврастенія вслѣдъ за паденіемъ.

Bremer, въ своей работѣ о травматическихъ неврозахъ, замѣчаетъ, что Oppenheim и Charcot расходятся въ своихъ мнѣніяхъ о значеніи наслѣдственности: первый изъ нихъ полагаетъ, что жертвами травматическихъ неврозовъ становятся обыкновенно люди здоровые, безъ предрасположенія или болѣзненной наслѣдственности, тогда какъ Charcot, а вмѣстѣ съ нимъ и французская школа, считаютъ, что травматизмъ играетъ роль лишь вызывающаго момента въ появленіи страданія, существовавшаго уже и раньше, но въ скрытомъ видѣ. Среди травматическихъ неврозовъ, травматическая неврастенія, по мнѣнію Bremer'а, встрѣчается чаще всего.

De Buck приводитъ случай, гдѣ у молодой 19-лѣтней дѣвушки, безъ болѣзненной наслѣдственности, появились признаки неврастеніи, послѣ сильнаго удара по головѣ, полученнаго ею отъ паденія котла съ вышины 3-хъ — 4-хъ футовъ.

Blum, разбирая нервныя разстройства, появившіяся вслѣдъ за цѣлымъ рядомъ желѣзнодорожныхъ катастрофъ, свѣдѣнія о которыхъ были собраны изъ архивовъ большой желѣзно-дорожной компаніи, приходитъ къ выводу, что неосторожный врачъ, приглашенный къ потерпѣвшему, мо-

жетъ иногда своими пріемами способствовать появленію травматическаго невроза: онъ спрашиваетъ больного, не испытываетъ-ли послѣдній приливовъ крови къ головѣ, сердцебіеній, удушья; не замѣчалъ-ли онъ онѣмѣнія и чувства „ползанія мурашекъ“ въ конечностяхъ и т. д... Получивъ отрицательные отвѣты, врачъ все-же обращаетъ вниманіе больного на указанные выше симптомы, прося его тщательно слѣдить за собою. Результатомъ подобнаго внушенія и можетъ быть появленіе того или иного симптома.

Fabre и многіе другіе авторы считаютъ, что наиболѣе частой формой травматическихъ неврозовъ, являющихся вслѣдъ за крушеніями, будетъ истеро-неврастенія, получающаяся отъ комбинаціи въ различныхъ отношеніяхъ истеріи и неврастеніи. Мнѣніе свое авторъ подкрѣпляетъ 23 случаями, которые онъ имѣлъ возможность лично наблюдать.

Особенно настойчиво доказываетъ вліяніе травмы, какъ этіологическаго момента въ развитіи неврастеніи, Patricopoulo, который въ своей диссертаціи приходитъ, между прочимъ, къ выводу, что травматизмъ вызываетъ неврастенію у лицъ, совершенно свободныхъ отъ какой бы то ни было болѣзненной наслѣдственности, причемъ извѣстную роль играетъ и внушеніе.

Knapp, основываясь на 200 случаяхъ травматической неврастеніи и истеріи, наблюдавшихся имъ въ Бостонскомъ госпиталѣ, устанавливаетъ, что одинъ психическій шокъ самъ по себѣ можетъ вызвать истерію или неврастенію, причемъ смотритъ на невропатическую наслѣдственность, которой придаетъ большое значеніе французская школа, какъ на второстепенное обстоятельство.

Примѣръ, иллюстрирующій приведенное выше мнѣніе Knapp'a, мы находимъ у Nammack'a. Дѣло касается атлета, 31 года, котораго понесли лошади, чего-то испугавшіяся; несчастье казалось почти неизбѣжнымъ; тѣмъ не

менѣе атлетъ бросился прямо на лошадей, съ цѣлью остановить ихъ; физической боли онъ при этомъ не почувствовалъ, а испыталъ лишь сильное нравственное потрясеніе. Недѣлю спустя, атлетъ, чувствуя себя нездоровымъ, обратился за совѣтомъ къ врачу, который поставилъ діагнозъ психическаго шока. Атлету былъ предписанъ абсолютный покой. Два года спустя, больной подвергся гидропатическому леченію. Между тѣмъ атлетъ, не имѣвшій ни невропатической наслѣдственности, ни туберкулеза въ семьѣ, и самъ не будучи алкоголикомъ, сифилитикомъ или артритикомъ, сталъ замѣчать на ряду съ другими нервными симптомами, ослабленіе своихъ психическихъ и физическихъ силъ. Врачи, изслѣдовавшіе его три года спустя послѣ вышеуказаннаго происшествія, опредѣлили у больного травматическую неврастенію.

Замѣчу между прочимъ, что Brezosa считаетъ терминъ „травматическій неврозъ“ невѣрнымъ, и, по мнѣнію этого автора, слѣдовало бы его устранить, такъ какъ симптомы нервныхъ страданій, слѣдующихъ за травмой, не даютъ картины одной и той-же опредѣленной болѣзни. Слѣдуетъ установить, какой видъ невроза явился слѣдствіемъ травмы.

Точно также и Knapp совѣтуетъ терминъ „травматическій неврозъ“ употреблять, какъ понятіе собирательное, а при ближайшемъ разсмотрѣніи каждаго даннаго случая, замѣнять это обозначеніе болѣе опредѣленнымъ словомъ. Кромѣ того, названный авторъ не согласенъ съ Strümpell'емъ, усматривающимъ причину болѣзни не столько въ травмѣ, какъ въ тѣхъ послѣдовательныхъ непріятностяхъ, въ видѣ тяжбъ и пр., съ которыми часто бываетъ связано увѣчье. Knapp доказываетъ, что неврастеники, имѣвшіе тяжбу, въ общемъ чувствовали себя такъ-же, какъ и неимѣвшіе таковой, и, вообще, у нѣкоторыхъ изъ нихъ

неврастеническія явленія наступали раньше, чѣмъ могли бы обнаружиться послѣдствія веденія судебнаго дѣла.

Vitek, въ своей работѣ, разбирая вопросъ о симуляціи симптомовъ травматическихъ неврозовъ и о способахъ ихъ обнаруженія, согласенъ съ большинствомъ авторовъ, что симуляція, въ подобныхъ случаяхъ, встрѣчается сравнительно рѣдко, чаще встрѣчается преувеличеніе болѣзненныхъ симптомовъ.

Какъ на весьма вредный психическій моментъ, могущій служить толчкомъ къ развитію неврастеніи, Krafft-Ebing указываетъ на напряженный уходъ за близкими больными. Что мы въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ вліяніемъ психическихъ и этическихъ причинъ, доказываетъ опытъ, согласно которому сидѣлки по профессіи, ухаживая за чужими для нихъ людьми, не такъ подвержены заболѣванію неврастеніей. На ряду съ недостаточнымъ сномъ, съ тѣлесными и душевными наряженіями, которыя сами по себѣ дѣйствуютъ истощающимъ образомъ и подготовляютъ удобную почву для развитія неврастеніи, особенно вредное значеніе имѣетъ забота о жизни дорогой особы, находящейся въ опасности, — забота, продолжающаяся цѣлыя недѣли, а иногда и мѣсяцы при колебаніяхъ въ состояніи здоровья тяжело больного. Возникающія, въ этомъ случаѣ, неврастеническія состоянія бываютъ особенно тяжелы, такъ какъ лица, заболѣвающія нервной слабостью, при подобной обстановкѣ, не обращаютъ вниманія на первые симптомы болѣзни, и продолжаютъ исполнять свой долгъ до тѣхъ поръ, пока окончательно не выбьются изъ силъ.

b) *Умственное напряженіе.* Прекрасное описаніе вліянія умственнаго напряженія на развитіе неврастеніи мы встрѣчаемъ у Krafft-Ebing'a. По его мнѣнію, вліяніе это не подлежитъ сомнѣнію, но правильно оцѣнить его возможно лишь въ единичныхъ случаяхъ и при вполнѣ выясненномъ

анамнезѣ. Прежде всего необходимо отмѣтить, что, согласно опыту автора, умственное напряженіе никогда не приносило вреда и, тѣмъ самымъ, не вызывало неврастеніи, если занятія соотвѣтствовали дарованіямъ и склонностямъ работающаго, не сопровождались огорченіями, волненіями и злоупотребленіемъ развлеченіями, и сами работающіе были люди физически развитые, причемъ пользовались въ надлежащей мѣрѣ ночнымъ отдыхомъ.

Иначе обстоитъ дѣло, если умственное напряженіе становится необходимымъ съ дѣтскихъ лѣтъ, если занятія не соотвѣтствуютъ способностямъ и сконностямъ молодого человѣка и ведутся противъ его воли; если какое либо блестящее и часто одностороннее дарованіе дѣтей, льстя тщеславію родителей и воспитателей, служатъ поводомъ къ злоупотребленію интеллектуальными силами дитяти; если организмъ слабѣетъ вслѣдствіе недостаточнаго питанія; если художникъ не оцѣнивается по своимъ заслугамъ, а чиновникъ, вслѣдствіе недоброжелательства начальника, не получаетъ повышенія; если человѣкъ служащій истощаетъ свои умственныя силы и не пользуется ни соотвѣтствующимъ вознагражденіемъ, ни необходимымъ отдыхомъ; если работа требуетъ непомѣрнаго напряженія умственныхъ способностей, причемъ сопряжена съ опасностью и отвѣтственностью, напр., у желѣзно-дорожныхъ служащихъ, испытывающихъ вдобавокъ безпрерывное и, тѣмъ самымъ, вредно дѣйствующее сотрясеніе тѣла.

Во всѣхъ указанныхъ и многихъ другихъ случаяхъ можетъ возникнуть предрасположеніе къ неврастеніи или временное утомленіе. Не то будетъ, если умственное напряженіе временами доходитъ до переутомленія, какъ это случается при исполненіи трудныхъ срочныхъ работъ, когда сонъ бываетъ недостаточенъ, причемъ сонливость разгоняется искуственно кофеемъ, чаемъ или табакомъ; когда

человѣкъ во время короткаго сна не въ состояніи отдохнуть, такъ какъ онъ поглощенъ мыслью о своихъ неотложныхъ работахъ, и когда не обращается необходимое вниманіе на начинающуюся нервную раздражительность. Въ подобныхъ случаяхъ, вслѣдствіе крайняго истощенія, можетъ внезапно наступить полный упадокъ силъ.

Весьма часто обвиняютъ среднюю школу въ томъ, что, благодаря непомѣрному обремененію учениковъ занятіями, она способствуетъ развитію неврастеніи среди воспитанниковъ. Что въ гимназіяхъ дѣйствительно многое требуетъ реформы, и что продолжительное сидѣніе въ классѣ развиваетъ нервность (Moebius), подготовляя этимъ самымъ почву для неврастеніи, съ этимъ Krafft-Ebing согласенъ. Но все-же, по мнѣнію автора, не одна только гимназія виновата въ развитіи неврастеніи у учениковъ. Hösslin нашелъ, среди 828 больныхъ, только 6 учениковъ и ученицъ, соотвѣтственно чему и придаетъ лишь небольшое значеніе умственному переутомленію.

Изъ 250 больныхъ Krafft-Ebing'a, было всего 16 заболѣвшихъ неврастеніей, въ послѣдніе годы ихъ пребыванія въ гимназіи. Всѣ случаи относились къ невропатическимъ семьямъ, и у всѣхъ главной причиной была мастурбація: только у 5 имѣло вмѣстѣ съ тѣмъ вліяніе и переутомленіе; Авторъ убѣжденъ, что объ утомленіи учениковъ, какъ прямой причины неврастеніи, говорятъ слишкомъ много, и что лучше было бы обратить вниманіе на неврастенію учителей.

Необходимо также помнить, что, въ виду отбыванія воинской повинности и общаго стремленія выбиться на лучшую дорогу, въ среднюю школу попадаютъ въ настоящее время нерѣдко дѣти, которыя не подходятъ туда ни по своимъ умственнымъ, ни физическимъ условіямъ; къ тому-же присоединяется еще и мастурбація, распространенію ко-

торой въ школахъ въ значительной степени способствуютъ продолжительное сидѣніе въ классѣ и недостатокъ времени для купанія, гимнастики и прогулокъ.

Толчкомъ къ заболѣванію учащихся часто служатъ: плохіе успѣхи, порицанія близкихъ людей, задѣтое самолюбіе,—въ сущности тѣ-же причины, которыя ведутъ къ сравнительно частымъ, въ наше время, самоубійствамъ учениковъ.

Вообще нельзя отрицать, что люди умственнаго труда даютъ большой процентъ неврастениковъ, особенно среди высшихъ слоевъ общества. Зависитъ это, въ большинствѣ случаевъ, отъ того, что въ этихъ слояхъ цѣлый рядъ поколѣній истощалъ свои умственныя силы, вслѣдствіе чего каждое послѣдующее поколѣніе становилось все болѣе нервнымъ, т. е., менѣе способнымъ сопротивляться заболѣванію.

Luys описываетъ случай, касающійся 22-хлѣтняго молодого человѣка, безъ болѣзненной наслѣдственности, который заболѣлъ неврастеніей въ возрастѣ 12-ти лѣтъ, вслѣдствіе умственнаго переутомленія. Появившіеся симптомы неврастеніи продолжались до 20-тилѣтняго возраста, затѣмъ, при поступленіи на военную службу, вслѣдствіе физическихъ напряженій, они значительно усилились. Нѣкоторое улучшеніе было получено путемъ внушенія.

Этотъ-же авторъ описываетъ и другой случай, касающійся мужчины 31-го года, занимавшагося умственной дѣятельностью. Имѣлась болѣзненная наслѣдственность. Будучи въ общемъ слабаго здоровья, больной чувствовалъ себя совсѣмъ хорошо до 20-ти лѣтъ. Явившіеся домашніе дрязги и сильное умственное переутомленіе вызвали у него неврастенію.

Tanzi приводитъ четыре случая заболѣванія неврастеніей у школьныхъ учителей вслѣдствіе усиленныхъ школьныхъ

занятій, психическихъ травмъ, а также совокупности указанныхъ двухъ причинъ.

Большое значеніе умственному переутомленію придаетъ также Mathieu, который утверждаетъ, что переутомленіе, и въ особенности мозговое, служитъ, послѣ врожденнаго предрасположенія, наиболѣе важной причиной появленія неврастеніи.

2. Соматическія (физическія) причины.

a) *Тѣлесное напряженіе.* Тотъ фактъ, что продолжительныя тѣлесныя напряженія могутъ вызвать утомленіе, а иногда и переутомленіе, извѣстенъ всѣмъ и каждому. Примѣромъ можетъ служить утомленіе, испытываемое послѣ продолжительнаго хожденія, верховой ѣзды, велосипедныхъ гонокъ и т. д. Во всякомъ случаѣ, послѣ достаточнаго отдыха, слѣды подобнаго тѣлеснаго напряженія, обыкновенно исчезаютъ, и человѣкъ чувствуетъ себя опять вполнѣ бодрымъ и освѣженнымъ. Не то наблюдается, если тѣлесное напряженіе бываетъ соединено съ сильнымъ душевнымъ волненіемъ, какъ, напримѣръ, при различныхъ катастрофахъ: желѣзнодорожныхъ крушеніяхъ, наводненіяхъ, землетрясеніяхъ и т. п. Въ этомъ случаѣ, слѣдствіемъ указанныхъ причинъ, можетъ явиться не только временное утомленіе или переутомленіе, но и настоящая неврастенія.

Если физическое напряженіе, хотя бы и не соединенное съ душевнымъ волненіемъ, продолжается непомѣрно долго, то, вызвавъ предварительно нервность (Nervosität), оно косвеннымъ путемъ, можетъ повести къ развитію неврастеніи. Въ послѣднемъ случаѣ развитіе это связано отчасти съ недостаточнымъ отдыхомъ, однимъ изъ главныхъ источниковъ котораго служитъ сонъ. Недостаточный сонъ, по мнѣнію

Sachs'a, можетъ явиться могучимъ факторомъ неврастеніи и, притомъ, чаще у дѣтей, нежели у стариковъ.

Особенно вредно дѣйствуетъ, говоритъ Krafft-Ebing, чрезмѣрное напряженіе глазъ, какъ это наблюдается у художниковъ, гравировщиковъ, часовыхъ дѣлъ мастеровъ и т. п. Подъ вліяніемъ слишкомъ яркаго или слабаго свѣта, въ особенности при гиперметропіи и астигматизмѣ, вслѣдствіе ношенія несоотвѣтствующихъ очковъ, возникаютъ нервныя заболѣванія глазъ (asthenopia), которыя могутъ стать исходной точкой тяжелой формы неврастеніи.

Ranney, по этому поводу, приводитъ слѣдующіе два случая. Первый изъ нихъ касается замужней 35-лѣтней женщины, близорукой и страдавшей астигматизмомъ. Съ дѣтскаго возраста больная носила очки и страдала какой-то аномаліей глазныхъ мускуловъ. Затѣмъ у нея стали обнаруживаться признаки меланхоліи и неврастеніи. Изслѣдовавъ подробно больную, авторъ произвелъ тенатомію обоихъ внутреннихъ прямыхъ мускуловъ глаза, послѣ чего наступило быстрое улучшеніе и даже исчезновеніе нѣкоторыхъ симптомовъ болѣзни. Второй случай касается женщины 40 лѣтъ, по профессіи чтицы, у которой можно было отмѣтить невропатическую наслѣдственность. Работая послѣдніе годы очень много, она замѣтила, что ея плохое зрѣніе сильно вліяетъ на нервное состояніе. Она жаловалась на безсонницу, легкую раздражимость, болѣе или менѣе постоянныя головныя боли, ослабленіе умственныхъ силъ, на правственное угнетеніе и тоску. Исправленіе ея дальнозоркости и производство тенотоміи внутренняго прямого мускула глаза повело къ быстрому улучшенію нервныхъ симптомовъ и, вслѣдъ за тѣмъ, къ выздоровленію.

b) *Токсическія вліянія.* Если, согласно мнѣнію Krafft-Ebing'a, допустить, что въ основѣ неврастеніи лежитъ нарушеніе питательныхъ процессовъ ганглійныхъ клѣтокъ, нару-

шенная ихъ химическая дѣятельность (молекулярное притяженіе, нарушенное окисленіе и удаленіе продуктовъ обмѣна веществъ), т. е., процессы голоданія и самоотравленія, то становится понятнымъ, какое важное значеніе могутъ имѣть эндогенно и экзогенно вызванныя отравленія тѣла, при возникновеніи неврастеніи.

Такъ, по всей вѣроятности, можно объяснить вліяніемъ токсическихъ отравляющихъ веществъ тѣ случаи неврастеніи, которые развиваются вслѣдъ за острыми инфекціонными болѣзнями.

Нерѣдко, говоритъ Berger, мы видимъ, что, напримѣръ, вслѣдъ за тифозной горячкой, продолжаетъ существовать особое состояніе, которое въ послѣдствіи медленно развивается. Физическія силы при этомъ затронуты въ такой-же степени, какъ и умственныя, а между тѣмъ первоначальная болѣзнь прошла, и всѣ ея острые симптомы исчезли. Кажется, говоритъ авторъ, какъ будто появилась неврастенія, сопровождающая выздоровленіе, которая съ тѣмъ большей силой укореняется, чѣмъ слабѣе больной, такъ что мы имѣемъ дѣло не съ совпаденіемъ, а съ послѣдовательнымъ явленіемъ. Тогда, по словамъ автора, встрѣчаемся съ своего рода неврастеніей, сопровождающей выздоровленіе, которая укореняется съ тѣмъ большей силой, чѣмъ слабѣе больной; причемъ она представляетъ собою не случайное совпаденіе, а послѣдовательное явленіе, вызванное предшествовавшимъ тяжкимъ недугомъ. Наблюдается это довольно часто. Встрѣчаются также больные, которые, выздоровѣвъ, остаются мѣсяцы, а иногда и годы подъ вліяніемъ прошедшаго страданія. Они уже успѣли пополнѣть, пріобрѣсть свой прежній видъ какъ до болѣзни, однако у нихъ уже не хватаетъ силъ для борьбы съ житейскими невзгодами; малѣйшая забота ихъ страшно волнуетъ, они чувствуютъ себя обиженными при малѣй-

шемъ спорѣ, воля ихъ слабѣетъ, память ухудшается, мысли отсутствуютъ и сознаніе своего состоянія не перестаетъ нарушать ихъ покоя; подобное безпокойство вредно отзывается и на снѣ больныхъ.

Это вторичное страданіе, не имѣющее, по своимъ симптомамъ, ничего общаго съ начальнымъ заболѣваніемъ, является его слѣдствіемъ и выраженіемъ вліянія токсическихъ веществъ.

Особенно часто наблюдаются подобные случаи неврастеніи послѣ тифа, инфлюэнцы и маляріи.

Desseaux сообщаетъ, что ему лично пришлось перенести неврастенію послѣ инфлюэнцы.

Особое вниманіе врачей на инфлюэнцу обращаетъ Emmel, ввиду того, что число лицъ, поражаемыхъ этимъ страданіемъ, громадно. По мнѣнію автора, лишь немногіе, перенесшіе тяжелую форму этой болѣзни, не испытали на себѣ послѣдствій. Къ послѣдовательнымъ заболѣваніямъ авторъ относитъ и неврастенію.

Levy описываетъ случай, гдѣ у мужчины 52 лѣтъ, полковника, появилась неврастенія, причиной возникновенія которой и притомъ, какъ полагаетъ авторъ, единственной была инфлюэнца.

Lefevre, въ своей работѣ о неврастеніи токсическаго происхожденія, пишетъ, что состоянія самоотравленія вызываютъ въ организмѣ реакціи, которыя расшатываютъ, на болѣе или менѣе продолжительное время, нормальныя функціи всей нервной системы; такъ, напримѣръ, весьма часто, вслѣдъ за тифомъ, продолжаетъ существовать депрессивное душевное состояніе, при которомъ физическія и умственныя силы затронуты въ одинаковой степени; это—ничто иное, какъ неврастенія, сопровождающая выздоровленіе. Точно также и послѣ инфлюэнцы остаются тяжелые слѣды, осла-

бляющіе на многіе мѣсяцы выздоравливающаго и представляющіе собой симптомы неврастеніи.

L e m o i n e описываетъ случай, гдѣ у пивовара 31 года, очень мускулистаго и правильнаго тѣлосложенія, быстро, въ теченіе одного мѣсяца, наступили разбитость, абсолютная неспособность къ труду и головныя боли. Болѣзненной наслѣдственности у него не было. Будучи алкоголикомъ, онъ, годъ тому назадъ, перенесъ тяжелую форму инфлюэнцы. Авторъ, считая больного неврастеникомъ, вызсказываетъ предположеніе, что его неврастеническое состояніе вызвано токсическими, инфекціонными вліяніями. Это—неврастеникъ, какіе нерѣдко встрѣчаются вслѣдствіе вліянія интоксикаціи и инфекціи.

L o c k w o o d приводитъ нѣсколько исторій болѣзни неврастениковъ, у которыхъ,—у всѣхъ почти,—въ анамнезѣ была малярія.

Случаи неврастеніи, возникшіе на почвѣ малярійной инфекціи, описаны различными авторами. Такъ, T r i a n t a p h y l l i d e s говоритъ, что палюдизмъ, въ происхожденіи различныхъ страданій, можетъ играть роль либо случайной, либо специфической причины. Въ первомъ случаѣ, болѣзнь протекаетъ независимо отъ палюдизма, во второмъ же она служитъ проявленіемъ скрытой болотной лихорадки. Авторъ посвящаетъ свою работу спеціально изученію неврастеніи, какъ проявленію скрытаго палюдизма.

T r i a n t a p h y l l i d e s, на основаніи микроскопическихъ изслѣдованій крови, убѣдился, что дѣйствительно имѣлось дѣло съ скрытой болотной лихорадкой, такъ какъ изъ 50 больныхъ, которыхъ онъ имѣлъ случай наблюдать, у 41 были найдены имъ въ крови Лавerановскіе пласмодіи возбудители маляріи; по этому авторъ полагаетъ, что діагностика этого вида неврастеніи можетъ основываться лишь на присутствіи въ крови пласмодіевъ.

Этотъ-же авторъ описываетъ случай, гдѣ у больного, не имѣвшаго болѣзненной наслѣдственности, черезъ 4 года, послѣ переселенія въ Батумъ, появились признаки неврастеніи, почти исчезнувшіе, подъ вліяніемъ подкожнаго впрыскиванія хинина.

Laufer разсказываетъ, что къ нему явился больной 30-ти лѣтъ, страдавшій нѣсколько лѣтъ назадъ приступами лихорадки. Послѣдніе 4 года онъ сталъ по временамъ наблюдать появленіе мозговой неврастеніи, продолжавшейся нѣсколько недѣль. Въ эти періоды, онъ часто замѣчалъ ухудшеніе своего неврастеническаго состоянія, начинавшееся въ 9 часовъ утра и кончавшееся около часу пополудни. Ухудшенія эти, по словамъ больного, не находились въ зависимости отъ какихъ-либо внѣшнихъ причинъ. Изслѣдовавъ больного, авторъ назначилъ подкожныя впрыскиванія хины, которыя повели къ быстрому улучшенію.

Müller насчитываетъ среди своихъ 828 случаевъ неврастеніи, 63—появившіеся послѣ острыхъ болѣзней, и, притомъ, 24 послѣ инфлюэнцы. Этотъ авторъ, подобно Lehr'у, находитъ, что случаи неврастеніи, явившіеся слѣдствіемъ инфлюэнцы, протекаютъ благопріятнѣе, нежели тѣ, которые зависятъ отъ обычныхъ причинъ. Съ послѣднимъ взглядомъ однако не соглашается Krafft-Ebing.

Замѣчу, что на важное значеніе инфекціи и самоотравленія, при нервныхъ болѣзняхъ вообще, и въ частности при неврастеніи и истеріи, указываетъ Higier, который прибавляетъ, что токсическая теорія появленія вышеназванныхъ неврозовъ уже была высказана лѣтъ 200 тому назадъ, а предугадана 2000 лѣтъ тому назадъ. Такъ, Галенъ смотритъ на истерію, какъ на болѣзнь, зависящую отъ самоотравленія. Подобный-же взглядъ встрѣчается въ трудахъ Daniel Sennert'a (1572—1637), Sydenham'a и др.

Такимъ образомъ мы видимъ, что, согласно мнѣнію мно-

гихъ авторовъ, острыя инфекціонныя заболѣванія могутъ служить этіологическимъ моментомъ въ развитіи неврастеніи. Посмотримъ теперь, какое вліяніе оказываютъ хроническія инфекціонныя болѣзни на развитіе этого страданія. Особенно важно выяснить этотъ вопросъ по отношенію къ сифилису.

Fournier, въ цѣломъ рядѣ статей, доказываетъ, что во многихъ случаяхъ неврастеніи, встрѣчающейся у сифилитическихъ субъектовъ, не смотря на весьма тщательно собранный анамнезъ, не удается обнаружить никакой другой причины, вызвавшей эту болѣзнь, какъ только сифилисъ: не имѣется ни болѣзненной наслѣдственности, ни умственнаго или физическаго переутомленія, ни сильныхъ душевныхъ волненій, ни травматизма, ни эксцессовъ, ни инфекціонныхъ болѣзней,—однимъ словомъ, ничего, кромѣ сифилиса, что могло бы послужить причиной развитія нервной слабости. По мнѣнію названнаго автора, субъектъ, заболѣвшій lues'омъ, становится неврастеникомъ уже въ послѣдствіи, при чемъ причину этой неврастеніи нужно всегда искать въ сифилисѣ, такъ какъ нервная система чаще всего поражается третичнымъ сифилисомъ,—и вызывающее его начало, будь это микробъ или ядовитое вещество, вырабатываемое микробомъ, представляетъ собою сильный нервный ядъ. Такимъ образомъ сифилисъ заключаетъ въ себѣ всѣ данныя, для того чтобы служить источникомъ неврастеніи, и Fournier не находитъ ничего удивительнаго въ томъ, что сифилисъ вызываетъ неврастенію; по его мнѣнію, было бы гораздо непонятнѣе, если бы мы этой болѣзни не наблюдали.

Ковалевскій отмѣчаетъ тотъ фактъ, что родители, страдавшіе сифилисомъ, могутъ имѣть дѣтей неврастениковъ; затѣмъ, что сифилитики становятся часто въ послѣдствіи неврастениками отъ слишкомъ энергичнаго анти-сифили-

тическаго леченія, или вслѣдствіе огорченія, вызываемаго сознаніемъ столь страшной болѣзни. Гораздо важнѣе однако полученныя упомянутымъ авторомъ данныя, согласно которымъ нарушенія питанія, вызванныя задолго предшествовавшимъ и скрыто протекшимъ lues'омъ, могутъ послужить поводомъ къ неврастеніи.

Между прочимъ, Ковалевскій приводитъ и слѣдующее наблюденіе: больной Т., 42 лѣтъ, женатый. Родители, сестры и братья—всѣ здоровы. Въ дѣтствѣ онъ страдалъ лихорадкой; 18-ти лѣтъ перенесъ тифъ; 25 лѣтъ женился и произвелъ на свѣтъ 5 здоровыхъ дѣтей. Годъ тому назадъ, онъ предпринялъ поѣздку по служебнымъ дѣламъ, во время которой заразился lues'омъ. Къ счастію болѣзнь проявилась въ легкой формѣ,—и больной могъ скрыть свое состояніе отъ жены. Однако мысль о возможности заразить жену—не давала ему покоя. Днемъ его отвлекали отъ тяжелыхъ мыслей занятія, ночью же онъ всецѣло былъ ими поглощенъ. Состояніе его становилось еще болѣе невыносимымъ, вслѣдствіе удвоенныхъ ласкъ и заботъ любимой жены, замѣчавшей разстроенное состояніе мужа. Вскорѣ больной лишился сна, мучимый страшными сновидѣніями; сталъ раздражительнымъ, безпокойнымъ, вспыльчивымъ, началъ ощущать тяжесть въ головѣ; умственныя занятія утомляли его, и онъ не понималъ прочитаннаго. Только иногда сообразительность его возвращалась однако лишь на короткое время. Часто онъ страдалъ приступами тоски и страха передъ сифилисомъ, во время которыхъ онъ дѣлалъ попытки къ самоубійству. Въ этомъ состояніи, продолжавшемся около года, больного доставили въ клинику, гдѣ онъ черезъ мѣсяцъ, при соотвѣтствующемъ леченіи, поправился.

Изъ этого случая авторъ выводитъ заключеніе, что сифилисъ подѣйствовалъ на больного, подобно психическому шоку: онъ нарушилъ отправленія всей нервной системы и

вызвалъ неврастенію. Вообще, авторомъ различаются четыре вида неврастеніи у сифилитиковъ: 1) наслѣдственная сифилитическая неврастенія, 2) пріобрѣтенная сифилитическая неврастенія, 3) неврастенія, вызванная слишкомъ энергичнымъ анти-сифилитическимъ леченіемъ, и 4) психотравматическая неврастенія сифилитиковъ, вызванная вліяніемъ нравственныхъ мученій, связанныхъ съ сознаніемъ заразительности lues'a.

Raichline считаетъ, что сифилисъ заключаетъ въ себѣ всѣ необходимыя условія, способствующія появленію неврастеніи. Эта инфекціонная болѣзнь, дѣйствующая ослабляющимъ образомъ и поражающая нервную систему, оказываетъ, сверхъ того, удручающее нравственное вліяніе.

Ducroux, придавая значеніе болѣзненной наслѣдственности, при возникновеніи неврастеніи у сифилитиковъ, полагаетъ, что инфекціонныя болѣзни часто вызываютъ появленіе неврастеническихъ припадковъ. Тяжелыя острыя и хроническія инфекціонныя болѣзни, и въ числѣ послѣднихъ сифилисъ, имѣютъ весьма существенное значеніе при возникновеніи неврастеніи, которая, въ этомъ случаѣ, ничѣмъ не отличается отъ нервной слабости, развившейся на почвѣ умственнаго и физическаго переутомленія.

Merlier говоритъ, что неврастенію можно наблюдать въ различныхъ періодахъ сифилиса, при чемъ симптомы ея, въ общемъ, бываютъ сходны съ симптомами неврастеніи отъ переутомленія; продолжается она довольно долго, но прогностика благопріятна. Причинами неврастеніи, въ данномъ случаѣ, могутъ служить: психическій шокъ, связанный съ сознаніемъ тяжелой болѣзни и, затѣмъ, сифилитическая зараза, дѣйствующая подобно инфекціоннымъ болѣзнямъ, къ чему можетъ присоединиться еще вліяніе, не соотвѣтствующимъ образомъ, проведеннаго, слишкомъ энергичнаго антисифилитическаго леченія.

Mondio обращаетъ вниманіе на неврастенію, появляющуюся у сифилитиковъ, и утверждаетъ, что она проходитъ при специфическомъ леченіи.

Нѣкоторые авторы, между прочимъ и Dornblüth, полагаютъ, что на связь между сифилисомъ и такими заболѣваніями, какъ истерія, неврастенія и эпилепсія слишкомъ рѣдко указывается. Въ число неврастениковъ, замѣчаетъ Dornblüth, чаще всего попадаютъ плохо лечившіеся сифилитики; среди нихъ авторъ ни разу не наблюдалъ людей, подвергавшихся повторному съ перерывами леченію.

Roubinovitch описываетъ случай, касающійся 34-хъ лѣтняго мужчины, не отягченнаго болѣзненной наслѣдственностью. На 24-мъ году отъ-роду, онъ заразился трипперомъ, а 29—сифилисомъ. Нѣкоторое время спустя, у него появились типичные приступы неврастеніи. Между прочимъ онъ постоянно боялся упасть, чувствовалъ себя всегда уставшимъ; днемъ испытывалъ въ лѣвой половинѣ головы тяжесть, гдѣ отъ времени до времени онъ слышалъ какъ-бы свистъ. Колѣнный рефлексъ былъ слегка повышенъ; десны воспалены и мѣстами изъязвлены. Примѣненное анти-сифилитическое леченіе принесло значительное улучшеніе въ состояніи больного, такъ что авторъ считаетъ себя вправѣ сдѣлать выводъ, что сифилитическая зараза, сама по себѣ, была причиной возникновенія неврастеніи.

Интересный случай описываетъ Müller въ своемъ учебникѣ неврастеніи: отсутствіе этіологическихъ моментовъ, могущихъ объяснить происхожденіе наблюдавшейся церебрастеніи, дало возможность окончательно установить существованіе, бывшаго 12 лѣтъ тому назадъ, lues'a, хотя съ тѣхъ поръ онъ ничѣмъ себя не проявлялъ. Изслѣдованіе глазного дна офтальмоскопомъ дѣйствительно обнаружило существованіе специфическаго эндоартеріита. Назначенное энергичное ртутное леченіе повело къ исчезновенію почти всѣхъ неврастеническихъ симптомовъ.

Krafft-Ebing наблюдалъ два случая невыясненной, въ этіологическомъ отношеніи, мозговой неврастеніи у лицъ имѣвшихъ 12 и 13 лѣтъ тому назадъ lues, не оставившій послѣ себя никакихъ слѣдовъ. Анти-сифилитическое леченіе дало прекрасные результаты.

Особенно поучителенъ одинъ изъ этихъ случаевъ: въ 1866 году произошла инфекція, въ 1876 году появилась ничѣмъ не мотивированная, церебрастенія, отъ которой больной безуспѣшно лѣчился соотвѣтствующими мѣрами въ теченіе полутора года, въ различныхъ курортахъ. Подъ вліяніемъ ртутныхъ втираній наступило быстрое выздоровленіе. Въ началѣ 1887 года—рецидивъ, при которомъ было опять примѣнено анти - неврастеническое леченіе, однако безуспѣшно. Энергичное назначеніе іода повело къ исчезновенію всѣхъ неврастеническихъ симптомовъ.

Въ виду подобныхъ фактовъ, замѣчаетъ Krafft-Ebing, необходимо помнить, что тяжелые случаи неврастеніи могутъ быть вызваны сифилисомъ, а потому, при подобныхъ условіяхъ, возможно добиться выздоровленія анти - сифилитическимъ леченіемъ.

Wichmann считаетъ, что, при заболѣваніи неврастеніей, особенное вниманіе врачей должно быть обращено на сифилисъ, который мужчинами нерѣдко передается своимъ женамъ и, затѣмъ, служитъ источникомъ нервной слабости.

Изъ хроническихъ инфекціонныхъ болѣзней, въ этіологіи неврастеніи, кромѣ lues'а, имѣетъ еще немаловажное значеніе туберкулезъ (Papillon, Morselli, Saxe и др.).

Такъ, напримѣръ, Morselli въ своей работѣ о туберкулёзѣ, какъ этіологическомъ моментѣ нервныхъ болѣзней, замѣчаетъ, что туберкулёзъ, дѣйствуя на нервную систему токсинами, можетъ служить источникомъ неврастеніи.

Saxe говоритъ, что нервныя страданія, вызванныя туберкулёзомъ, и среди нихъ неврастенія, являются резуль-

татомъ измѣненій центральной нервной системы, — измѣненій, обусловленныхъ токсическими веществами, вырабатываемыми туберкулезными бациллами.

Кромѣ неврастеніи, являющейся слѣдствіемъ острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ болѣзней, и обусловленной токсическими веществами, свойственными этимъ страданіямъ, необходимо сказать еще нѣсколько словъ о тѣхъ случаяхъ неврастеніи, которые наступаютъ вслѣдствіе дѣйствія ядовитыхъ веществъ, воспринятыхъ извнѣ.

Krafft-Ebing, а также многіе другіе авторы, къ подобнымъ ядамъ относятъ алкоголь, морфій, кокаинъ, никотинъ, а также хлоралъ-гидратъ, которые, при неумѣренномъ употребленіи, могутъ послужить толчкомъ къ развитію неврастеніи. Основная картина этихъ отравленій будетъ заключаться въ проявленіи раздражительной слабости центральной нервной системы; вмѣстѣ съ тѣмъ можно часто наблюдать и непосредственное раздражающее вліяніе яда. Особенно отчетливо выступаютъ симптомы неврастеніи въ тѣхъ случаяхъ, когда заставляютъ лицо, злоупотреблявшее нѣкоторыми изъ указанныхъ веществъ, сразу отказаться отъ нихъ.

Изслѣдуя подробнѣе причину подобныхъ заболѣваній, удается весьма часто обнаружить, что болѣзненная наслѣдственность въ значительной степени усугубляетъ вліяніе этихъ ядовъ, и что какое-либо нервное страданіе было причиной первоначальнаго употребленія лекарства, которымъ въ послѣдсвіи злоупотребляли. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ дѣло касалось злоупотребленія вкусовыми веществами, какъ, напримѣръ, алкоголемъ табакомъ, а также чаемъ и кофеемъ. обыкновенно имѣлась врожденная или пріобрѣтенная слабость нервовъ, которая и послужила побудительной причиной къ употребленію этихъ веществъ; а уже послѣднія явились какъ-бы agents provocateurs до того скрыто протекавшей неврастеніи.

Artault de Vevey описываетъ появленіе тяжелой формы неврастеніи, какъ слѣдствіе интоксикаціи. Въ приведенномъ имъ случаѣ, женщина, принявши слабительнаго настоя, заболѣла, спустя часъ послѣ пріема, сильными кишечными коликами, поносомъ, рвотой, ануріей и болѣзненнымъ сведеніемъ всѣхъ мышцъ. Кромѣ того, все это сопровождалось сильнымъ слюнотеченіемъ, слабымъ и рѣдкимъ пульсомъ, а также болью въ подложечной области. При изслѣдованіи листьевъ, изъ которыхъ былъ приготовленъ настой, оказалось, что они состояли изъ цвѣточныхъ листьевъ Cytisus laburnum съ небольшимъ количествомъ Colutea vesicaria. Вѣроятно, что аптекарь по ошибкѣ далъ Cytisus laburnum вмѣсто Colutea. Больная поправлялась очень медленно, при чемъ мышечныя судороги держались болѣе трехъ мѣсяцевъ. Общее же недомоганіе въ видѣ малокровія, сердцебіенія, головокруженія, диспесіи и временныхъ судорогъ, продолжалось около трехъ лѣтъ и исчезло подъ вліяніемъ массажа, душей и деревенскаго воздуха.

Rosenblath разсказываетъ о рабочемъ, отличавшемся всегда хорошимъ здоровьемъ и занимавшемся пропитываніемъ тканей резиной по новому способу. Работа эта состояла въ томъ, что ткань намачивалась въ растворѣ каучука въ ксилолѣ, съ прибавленіемъ эйкалиптоваго масла. Затѣмъ ткань раскладывалась на нагрѣтой поверхности, такъ что растворъ улетучивался. Во время такой работы, больной испытывалъ какое-то непріятное ощущеніе, скоро проходившее; затѣмъ наступала сонливость и какъ-бы слабость въ рукахъ и ногахъ, дрожаніе, ощущеніе тоски, недомоганіе и шаткость въ походкѣ. Всѣ эти симптомы прекращались, когда больной покидалъ помѣщеніе, въ которомъ онъ работалъ, — помѣщеніе, хотя и большое, но въ недостаточной степени вентилируемое. При возобновленіи работы возвращались указанные симптомы; чувство-же тоски не покидало

больного и въ томъ случаѣ, когда онъ былъ занятъ другимъ дѣломъ; въ послѣдствіи къ этому присоединились головокруженіе, сердцебіеніе, ощущеніе жара въ тѣлѣ, бредовыя идеи, больной сдѣлался забывчивымъ, не былъ въ состояніи переносить шума, сталъ страдать безсонницей и дрожалъ при малѣйшемъ усиліи, которое ему приходилось дѣлать. У другихъ рабочихъ наблюдались тѣ-же симптомы.

Авторъ, обращая вниманіе на подобное-же вліяніе бензола, считаетъ скоропроходящія разстройства зависящими отъ отравленія ксилоломъ, которое, дѣйствуя продолжительное время, ведетъ къ неврастеніи, подобно тому, какъ это наблюдается при хроническихъ интоксикаціяхъ, вызванныхъ такими ядами, какъ, напримѣръ, алкоголь, свинецъ, и т. п.

c) *Хроническія мѣстныя болѣзни.* Какъ извѣстно (Krafft-Ebing), къ мозгу проводятся внутреносными нервами безостановочно изъ всѣхъ, даже самыхъ отдаленныхъ органовъ тѣла, впечатлѣнія, качество которыхъ имѣетъ огромное вліяніе на душевное настроеніе человѣка въ данный моментъ. При этомъ въ высокой степени замѣчательно то, что различные органы, по своему вліянію въ этомъ отношеніи, значительно разняться между собою. Но помимо того, что заболѣванія органовъ растительной сферы оказываютъ прямое вліяніе на душевное настроеніе,—болѣзненныя раздраженія нервовъ растительной жизни могутъ еще рефлекторно передаваться на сосудо-двигательные центры, возбуждать или парализовать ихъ и, такимъ образомъ, разстраивать кровообращеніе въ мозгу. Это послѣднее явленіе происходитъ иногда и путемъ чисто механическихъ, напримѣръ, при болѣзняхъ сердца. Кромѣ того, мѣстныя пораженія внутренностей могутъ нарушать питаніе мозга путемъ химическаго измѣненія крови, разстраивая кроветвореніе, задерживая или усиливая различныя отдѣленія и выдѣленія.

Принимая все это во вниманіе, нельзя не согласится съ тѣмъ, что хроническія мѣстныя заболѣванія могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ послужить причиной возникновенія различныхъ психозовъ, неврозовъ и въ частности интересующей насъ неврастеніи. Особенное значеніе при этомъ имѣетъ болѣзненное расположеніе.

Относительно желудочно-кишечныхъ болѣзней какъ этіологическаго момента неврастеніи, говоритъ Dana въ своей работѣ, появившейся вскорѣ вслѣдъ за трудомъ Beard'a. Dana пишетъ, что нервная слабость можетъ у нервнаго субъекта возникнуть вслѣдствіе различныхъ хроническихъ мѣстныхъ болѣзней и, въ томъ числѣ, диспепсіи.

Federu и Grocco считаютъ, что весьма нерѣдко исходной точкой неврастеніи служатъ разстройства желудочно-кишечнаго тракта.

Cantani описываетъ случай неврастеніи, зависящій, по его мнѣнію, отъ отравленія нервной системы, при чемъ это отравленіе, какъ полагаетъ авторъ, было вызвано нарушеніемъ процессовъ пищеваренія. Леченіе, направленное противъ желудочно-кишечныхъ симптомовъ, привело къ быстрому выздоровленію.

Dujardin-Beaumetz, говоря о расширеніи желудка, какъ причинѣ неврастеніи, замѣчаетъ, что съ улучшеніемъ состоянія желудка, исчезаютъ вмѣстѣ съ тѣмъ и многіе симптомы нервнаго происхожденія. Названный авторъ отличаетъ двѣ группы расширеній желудка: въ однихъ случаяхъ, явленія расширенія и нервные симптомы идутъ параллельно, не завися другъ отъ друга, какъ это и подтверждаетъ терапія; въ другихъ же функціональныя разстройства нервной системы находятся въ весьма тѣсной связи съ расширеніемъ. Главнѣйшіе симптомы состоятъ: въ жалобахъ на пищевареніе, въ различнаго рода непріятныхъ ощущеніяхъ со стороны брюшныхъ органовъ и въ цѣломъ

рядѣ нервныхъ разстройствъ. Объективно удается констатировать, кромѣ желудочнаго расширенія, запоръ, смѣщеніе правой почки и т. д. Нервные симптомы могутъ проявиться въ самыхъ причудливыхъ формахъ, но преобладающими— являются слабость и легкая истощаемость со склонностью къ меланхоліи.

Что расширеніе желудка можетъ повлечь за собою появленіе неврастеническихъ симптомовъ, утверждаетъ Rummo, который, описывая соотвѣтствующій случай, говоритъ, что при наличности gastrectasi'и, вслѣдствіе нарушенія желудочнаго пищеваренія, дѣло сводится въ сущности къ неврастеніи отъ самоотравленія.

Профессоръ Бехтеревъ также придаетъ большое значеніе желудочно-кишечному пищеваренію, какъ этіологическому моменту неврастеніи. Указанный авторъ, на основаніи анализа мочи, высказываетъ предположеніе, что неврастенія связана съ неправильностью окисленія азотистыхъ веществъ, которая зависитъ отъ усиленнаго процесса гніенія въ кишечникѣ, о чемъ можно заключить изъ увеличеннаго количества парныхъ сѣрныхъ кислотъ въ мочѣ.

Изслѣдовавъ мочу у неврастениковъ, можно обнаружить неправильность процессовъ окисленія, говоритъ Stegmann, и, подобно проф. Бехтереву, обращаетъ вниманіе на тотъ фактъ, что, въ большинствѣ тяжелыхъ случаевъ неврастеніи, можно констатировать уменьшеніе въ мочѣ мочевины и увеличеніе мочевой кислоты. Отношеніе между количествомъ азота мочи и количествомъ азота мочевины значительно уменьшено (коэффиціентъ окислительной энергіи); отношеніе мочевой кислоты къ фосфорной кислотѣ—увеличено (мочекислый діатезъ), увеличено также отношеніе общаго количества азота въ мочѣ къ количеству фосфорной кислоты (т. е. тотъ коэффиціентъ, который по Zulzer'у показываетъ силу распаденія нервной ткани). Объясняетъ Stegmann

неправильности окисления такъ-же, какъ и проф. Бехтеревъ, процессами гніенія, происходящими въ кишечникѣ, вслѣдствіе чего, по мнѣнію автора, во многихъ случаяхъ нужно искать причину неврастеніи въ кишечномъ трактѣ.

Kiernan замѣчаетъ, что иногда неврастеніи предшествуютъ патологическія состоянія, аналогичныя тѣмъ, которыя набюдаются при нарушеніи функціи желёзъ пищеварительныхъ путей.

По мнѣнію Hayem'a, неврастенія весьма часто является слѣдствіемъ, протекающаго болѣе или менѣе скрыто, желудочнаго страданія. Этотъ авторъ считаетъ, что диспесія у лицъ предрасположенныхъ можетъ вызвать хлорозъ, послѣ чего изъ этой хлоро-диспесіи возникаетъ неврастенія. Hayem, между прочимъ, описываетъ случай, въ которомъ дѣвушка, страдавшая хлоро-диспесіей и считавшая себя излѣченной, принялась за свои обычныя занятія. Результатомъ этого получился возвратъ анеміи и диспепсіи, къ которымъ присоединилась неврастенія, при чемъ эта послѣдняя господствовала въ картинѣ болѣзни.

Turquet, говоря о множественности причинъ neurasthenia dyspeptica, указываетъ, между прочимъ, и на нарушеніе процессовъ пищеваренія, при чемъ исходной точкой этого нарушенія могутъ служить желудокъ, кишечникъ, печень и т. п.

Въ небольшой работѣ, посвященной вопросу объ условіяхъ, способствующихъ развитію неврастеніи, Duchemin говоритъ между прочимъ, что разстройства процессовъ пищеваренія уже сами по себѣ могутъ служить причиннымъ моментомъ возникновенія неврастеніи.

Robin считаетъ, что изъ 100 неврастениковъ у 25-ти можно получить хорошіе результаты, обративъ вниманіе на леченіе желудка.

Vento говоритъ, что наблюдаемыя неврастеническія состоянія, характеризующіяся упадкомъ энергіи, зависятъ часто отъ многихъ хроническихъ страданій и, въ особенности, отъ неузнанныхъ диспептическихъ состояній. Между тѣмъ скрытая диспепсія встрѣчается весьма часто и, у большинства людей, зависитъ отъ злоупотребленія азотистой пищей.

Krafft-Ebing, не отрицая значенія желудочно-кишечныхъ заболѣваній и, кромѣ того, считая доказаннымъ, что у лица предрасположеннаго желудочно - кишечный катарръ можетъ служить agent provocateur neurastheniae gastricae, а затѣмъ и общей неврастеніи, полагаетъ, что подобные случаи все-же довольно рѣдки, и что обыкновенно, уже въ самомъ началѣ, имѣется дѣло съ неврозомъ. Весьма рѣдки, по его мнѣнію, и такіе случаи, гдѣ катарръ вызываетъ неврастенію путемъ малокровія, съ нимъ связаннаго.

Приблизительно такого-же мнѣнія держится и Bouveret, который высказываетъ предположеніе, что диспепсія является не причиной, а результатомъ неврастеніи.

Во всякомъ случаѣ, говоритъ Krafft-Ebing, нельзя сомнѣваться въ томъ, что при наличности неврастеніи весьма многое зависитъ отъ хорошаго состоянія органовъ пищеваренія, что желудочныя или кишечныя разстройства въ значительной степени вліяютъ на настроеніе больного и на другіе симптомы болѣзни, и что запоры, обусловливая разложеніе содержимаго кишечника и тѣмъ самымъ и самоотравленіе, могутъ вызвать головную боль, головокруженіе, угнетеніе и т. п.

Glénard видѣлъ причину неврастеніи въ enteroptosis'ѣ, подъ которымъ разумѣется опущеніе желудка, colonis transversi, тонкихъ кишекъ, правой или обѣихъ почекъ, рѣже печени и еще рѣже селезенки, наступающее вслѣдствіе разслабленія складокъ брюшины, укрѣпляющихъ эти органы.

Приведенное мнѣніе однако раздѣляется далеко не всѣми авторами. Такъ, Salivas вполнѣ согласенъ съ Lordet, что леченіе, при которомъ преимущественно обращается вниманіе на желудокъ и примѣняется исключительно поясъ Glénard'a, даетъ весьма сомнительные результаты, и что можно только тогда надѣяться на успѣхъ, если enteroptosis и расширеніе желудка являются въ дѣйствительности причиной, а не слѣдствіемъ даннаго случая неврастеніи, и если, кромѣ того, были примѣнены и другіе методы леченія. Не придаетъ никакого значенія enteroptosis'у, какъ этіологическому моменту при развитіи неврастеніи, Krafft-Ebing, который полагаетъ, что во-первыхъ enteroptosis наблюдается сравнительно рѣдко, и во-вторыхъ, что опущеніе брюшныхъ органовъ является лишь слѣдствіемъ разслабленія брюшныхъ стѣнокъ, вызваннаго диспепсіей, и недостаточнымъ питаніемъ неврастеника.

Въ частности, указанный авторъ не придаетъ значенія и блуждающей почкѣ. По его мнѣнію, аномалія эта встрѣчается далеко не рѣдко у истощенныхъ неврастеничекъ; весьма часто блуждающая почка только тогда и начинаетъ служить предметомъ жалобъ, когда больной сообщено о существованіи у нея этой ненормальности, и фантазія ея занята странствующимъ органомъ. Лично авторъ поставилъ себѣ за правило умалчивать о подобной находкѣ, а въ случаѣ, если бы больная узнала объ этомъ со стороны, то, либо заявить, что блуждающая почка не имѣетъ существеннаго значенія, либо воспользоваться этимъ обстоятельствомъ для побужденія къ усиленному питанію, такъ какъ послѣднее является лучшимъ средствомъ противъ патологической подвижности брюшныхъ органовъ.

Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. Хотя въ настоящее время почти всѣ согласны съ тѣмъ, что болѣзни половой сферы женщинъ могутъ стать причиной, вызывающей невра-

стенію, тѣмъ не менѣе между взглядами различныхъ авторовъ замѣчается въ этомъ отношеніи нѣкоторое разногласіе, которое состоитъ въ томъ, что одни изъ нихъ придаютъ женскимъ болѣзнямъ значеніе весьма важнаго этіологическаго момента, тогда какъ другіе считаютъ это значеніе преувеличиннымъ.

Такъ, напр., Seliger говоритъ, что всѣ болѣзни женскихъ половыхъ органовъ очень часто служатъ могучими этіологическими факторами при развитіи неврастеніи. Между прочимъ, авторъ приводитъ случай, касающійся женщины, страдавшей 18 лѣтъ типичной неврастеніей и излечившейся въ два мѣсяца, послѣ удачно произведенной операціи, имѣвшей цѣлью—устранить существовавшій разрывъ промежности. Другая женщина, по словамъ этого автора, оправилась отъ тяжелой формы неврастеніи, благодаря операціи надъ яичниками, пораженными кистовиднымъ перерожденіемъ.

Весьма опредѣленно въ томъ-же смыслѣ высказываются Deale и Adams, утверждая, что у молодыхъ женщинъ неврастенія зависитъ обычно отъ какихъ-либо разстройствъ половыхъ органовъ, другія же причины далеко не ясны; всѣ симптомы—происхожденія маточнаго или яичниковаго.

Souleyre указываетъ на то обстоятельство, что женскіе половые органы, въ теченіе своего развитія, иногда претерпѣваютъ такія измѣненія въ строеніи и въ функціи, которыя могутъ служить случайными причинами неврастеніи. Сюда относятся: пораженія матки, трубъ, яичниковъ, разстройство менструацій и т. д.

Говоря о половой неврастеніи, какъ объ особой болѣзни sui generis, Barucco считаетъ, что у женщинъ исходной точкой недуга служитъ преимущественно матка.

Замѣчу между прочимъ, что и многіе американскіе врачи видятъ въ болѣзняхъ половыхъ органовъ одну изъ наиболѣе важныхъ причинъ неврастеніи у женщинъ.

Pearce и Beyea полагаютъ, что различныя, болѣе тонкія измѣненія женскихъ половыхъ органовъ, хроническое воспаленіе яичниковъ, ненормальное ихъ положеніе и пр. могутъ рефлекторнымъ путемъ вызвать неврастенію. При этомъ одно и то-же заболѣваніе вызываетъ иногда тяжелую форму неврастеніи, а. иногда, остается безъ послѣдствій; во всякомъ случаѣ, не всегда возможно установить причинную связь между неврастеніей и женской болѣзнью, если таковая на лицо.

Въ противоположность всѣмъ указаннымъ выше авторамъ, Bishop считаетъ мало правдоподобнымъ, чтобы маточныя заболѣванія играли существенную роль въ появленіи неврастеніи. Скорѣе бываетъ наоборотъ, что неврозъ вызываетъ симптомы въ половой сферѣ. Обыкновенно у женщинъ болѣзненныя явленія наступаютъ между 25—50 годами

Точно также и Krafft-Ebing высказываетъ убѣжденіе, что вліянія болѣзней половыхъ органовъ женщины на развитіе неврастеніи значительно преувеличено. Со временъ Гиппократа и до настоящаго времени, среди публики, существуетъ мнѣніе, что всякое нервное разстройство женщины исходитъ отъ матки, и что леченіе должно быть начато съ этого органа. Если гинекологъ не обладаетъ достаточными свѣдѣніями по неврологіи, то онъ беретъ за исходную точку леченія какое-либо найденное имъ и притомъ, часто совершенно невинное, измѣненіе въ положеніи матки и, вмѣсто пользы, приноситъ вредъ какъ обращеніемъ вниманія больной на соотвѣтствующій органъ, такъ и механическимъ раздраженіемъ его.

Обнаруживъ какую либо болѣзнь въ половой сферѣ. необходимо строго взвѣсить всѣ обстоятельства прежде, чѣмъ приступить къ мѣстному леченію. Изъ 250 больныхъ женщинъ, Krafft-Ebing могъ насчитать только 9, у которыхъ половая болѣзнь была причиной неврастеніи.

Krönig рѣшительно возстаетъ противъ мнѣнія, согласно которому большинство функціональныхъ нервныхъ болѣзней женщины зависитъ отъ страданій половыхъ органовъ. Слѣдствіемъ подобнаго взгляда было преувеличеніе значенія всякаго отклоненія отъ нормы, необходимаго въ половой сферѣ, такъ что часто приступали къ хирургическому леченію, безъ достаточнаго къ тому показанія. Авторъ не считаетъ возможнымъ, чтобы суженіе канала шейки, надрывъ его, эрозіи шейки матки и т. п. могли служить причиной серьезныхъ разстройствъ центральной нервной системы. Что касается дисменорреи, то, по мнѣнію Krönig'a, она можетъ быть лишь частичнымъ проявленіемъ истеріи и неврастеніи.

Въ работѣ о половой неврастеніи у женщинъ, Batuaud говоритъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ неврастеніей и съ болѣзнью половыхъ органовъ, необходимо тщательно разобраться въ причинахъ какъ того, такъ и другого страданія: бываютъ случаи, гдѣ неврастенія нисколько не зависитъ отъ женской болѣзни, а, напротивъ того, вредно отзывается на этой послѣдней и ухудшаетъ ее. Поэтому, по взгляду Batuaud, слишкомъ торопиться съ хирургическимъ леченіемъ не слѣдуетъ, а необходимо обратить въ равной степени вниманіе, какъ на неврастенію, такъ и на половую болѣзнь, и постараться болѣе мирнымъ путемъ способствовать улучшенію состоянія больной; одностороннее же и, при томъ, хирургическое леченіе далеко не обезпечитъ въ подобныхъ случаяхъ здоровья больной.

Кромѣ половыхъ страданій, вызывающихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ появленія неврастеніи у женщинъ, также и беременность, роды, послѣродовой періодъ,—и кормленіе грудью могутъ привести къ довольно упорной формѣ нервной слабости (Souleyre, Fleury, Krafft-Ebing и пр.). Къ подобнаго рода выводу можно прійти и a priori, если взвѣсить всѣ психическіе и физическіе вредные моменты, которые прихо-

дится переживать женщинѣ, производящей на свѣтъ ребенка. Также и нормальные періоды половой жизни женщины могутъ вредно отзываться на ея нервной системѣ и послужить причиной возникновенія неврастеніи (Chahinian, Krafft-Ebing, Windscheid и др).

Windscheid, описывая картину климактерическаго невроза, считаетъ его, по природѣ своей, имѣющимъ неврастеническій или истерическій характеръ, такъ что, по мнѣнію автора, слѣдовало бы скорѣе говорить о климактерической истеріи или неврастеніи. Неврозъ обнаруживается часто еще до наступленія климактерическаго періода. Психическое состояніе больныхъ нерѣдко бываетъ возбужденное, раздражительное; иногда больные находятся продолжительное время въ угнетенномъ настроеніи, которое можетъ перейти въ психозъ. Кромѣ того, слышатся жалобы на слабость памяти, головокруженіе (которое нужно отличать отъ артеріосклеротическаго головокруженія въ этомъ возрастѣ), парестезіи въ области органовъ чувствъ (чувствительность къ свѣту, шумъ въ ушахъ) и въ области чувствительныхъ нервовъ. Часто наблюдаются тянущія боли въ спинѣ и крестцѣ, сердцебіеніе, нервная рвота, поносы и т. д. Объективное изслѣдованіе даетъ отрицательный результатъ. Искать объясненія этого нервнаго разстройства можно въ раздраженіи, исходящемъ изъ измѣняющихся яичниковъ и рефлекторно передаваемомъ центральной нервной системѣ. Прогнозъ въ общемъ хорошъ, такъ какъ съ прекращеніемъ этого періода прекращаются обыкновенно, конечно не всегда, и соотвѣтствующія разстройства.

Болѣзни половыхъ органовъ у мужчинъ. У мужчинъ, также какъ и у женщинъ, болѣзни половыхъ органовъ могутъ послужить причиной неврастеніи, при чемъ роль ихъ въ этомъ отношеніи довольно ограничена.

Krafft-Ebing указываетъ на воспаленіе задняго отдѣла мочеиспускательнаго канала и, отчасти, на его суженіе, развивающееся на почвѣ триппера. По мнѣнію автора, нельзя сомнѣваться въ томъ, что, у лица расположеннаго, urethritis postica можетъ случайно вызвать неврастенію. Обычно однако дѣло обстоитъ такъ, что нервный паціентъ, обратившійся къ врачу-спеціалисту, — сильно боясь триппера,— побуждаетъ врача къ слишкомъ энергичному леченію больного мочеиспускательнаго канала, вслѣдствіе чего усиленное инструментальное и химическое раздраженіе этой богатой нервами области служитъ толчкомъ къ развитію неврастеніи.

Wiederhold обращаетъ вниманіе на varicocele и полагаетъ, что венозный застой, обусловленный этимъ страданіемъ, можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ вызвать раздраженіе половой сферы, и тѣмъ самымъ послужить исходной точкой неврастеніи.

О томъ, что мало обращается вниманія на вліяніе хроническаго воспаленія предстательной железы на нервную систему, указываетъ Bianchi, заявляя, что если бы врачи обращали больше вниманія на prostat'у, то они гораздо рѣже встрѣчали бы въ своей практикѣ неврастениковъ.

Подчеркиваетъ значеніе болѣзней предстательной железы, какъ этіологическаго момента при развитіи неврастеніи, также и Barucco, который однако придаетъ большое значеніе, при этомъ, нервному предрасположенію.

Болѣзни носо-глотки и уха. Съ тѣхъ поръ, какъ Hack на конгрессѣ въ Фрейбургѣ сдѣлалъ сообщеніе о томъ, что болѣзни верхнихъ воздухоносныхъ путей могутъ служить причиной различныхъ нервныхъ страданій и, въ частности, неврастеніи, спеціалисты по ушнымъ, горловымъ и носовымъ болѣзнямъ обратили особое вниманіе на указанное обстоятельство. До настоящаго времени однако мнѣнія спеціа-

листовъ нѣсколько расходятся, и въ то время, какъ одни придаютъ носо-глоткѣ большое значеніе въ этіологіи нервной слабости, другіе считаютъ этотъ взглядъ не вполнѣ правильнымъ и преувеличеннымъ.

Daly заявляетъ, что согласно его изслѣдованіямъ, онъ склоненъ думать, что имѣется близкое отношеніе между патологическимъ состояніемъ носовой полости и неврастеніей. Мнѣніе это основано на наблюденіи 25 случаевъ, при которыхъ устраненіе болѣзней носовой полости повлекло за собой улучшеніе неврастеническихъ явленій. Поддерживаетъ этотъ взглядъ и Sajous, наблюдавшій случай искривленія носовой перегородки въ связи съ неврастеніей; по его словамъ, послѣдняя значительно ослабѣла вслѣдъ за исправленіемъ указаннаго искривленія.

Natier говоритъ, что случай резекціи удлиненнаго язычка у неврастеника далъ весьма хорошіе результаты.

По мнѣнію Mendini не подлежитъ сомнѣнію, что слѣдствіемъ страданій уха можетъ явиться весьма тяжелая форма неврастеніи.

Особую форму неврастеніи, подъ именемъ „Aprosexia", описываетъ Guye. Сказывается она въ неспособности къ умственному труду, въ давленіи и тяжести въ головѣ при занятіяхъ и т. п. Происходитъ эта церебрастенія, по мнѣнію автора, оттого, что въ слизистой оболочкѣ носа сдавливаются лимфатическіе пути, находящіеся въ соединеніи съ субдуральными лимфатическими пространствами, вслѣдствіе чего нарушается удаленіе продуктовъ обмѣна веществъ изъ опредѣленныхъ частей мозга.

Съ мнѣніемъ о возможности подобнаго явленія соглашается отчасти и Krafft-Erbing, который однако прибавляетъ, что слишкомъ обобщать его не слѣдуетъ, доказательствомъ чему служитъ немалое число неврастениковъ съ пожженными и порѣзанными носовыми раковинами, обращающихся за по-

мощью къ невропатологу послѣ операціи, не избавившей ихъ отъ нервнаго разстройства.

Chappel считаетъ даже, что операціи, производимыя въ носовой полости, служатъ весьма благопріятной почвой для развитія травматическихъ неврозовъ, и объясняетъ это тѣмъ, что слизистая оболочка носа иннервируется громаднымъ числомъ нервовъ, находящихся въ тѣсной связи съ наиболѣе важными нервными центрами. Въ подтвержденіе авторъ приводитъ нѣсколько случаевъ появленія нервнаго разстройства влѣдъ за операціями въ носовой полости, при чемъ первый изъ этихъ случаевъ касается молодого человѣка 26 лѣтъ, страдавшаго rhinitis hypertrophica и заболѣвшаго неврастеніей вслѣдъ за операціей. У второго больного нервная слабость появилась послѣ удаленія полипа, сидѣвшаго на носовой перегородкѣ; то-же наблюдалось и у послѣдняго больного.

Riviere держится того мнѣнія, что не столько сами страданія носа, горла и уха, служатъ причиной неврастеніи, сколько безпокойства, связанныя съ леченіемъ, и страхъ за исходъ болѣзни, въ особенности въ томъ случаѣ, если врачъ представитъ больному его состояніе въ слишкомъ мрачныхъ краскахъ. Оттого спеціалисты, говоритъ авторъ, должны щадить паціента и не сообщать ему всѣхъ тѣхъ тяжелыхъ послѣдствій, которыя могутъ явиться результатомъ основного страданія. Точно также не слѣдуетъ слишкомъ легко приступать къ операціямъ, особенно въ полости носа.

Langmaid полагаетъ, что сами носовыя страданія довольно часто обязаны своимъ происхожденіемъ—неврастеніи.

Особенно важное значеніе въ происхожденіи неврастеніи, по мнѣнію большинства авторовъ, имѣютъ различные *антигигеническіе моменты половой жизни*. Къ таковымъ должны быть отнесены: излишества, какъ въ естественныхъ, такъ и въ противоестественныхъ половыхъ наслажденіяхъ (чаще

всего онанизмъ), воздержаніе отъ половыхъ сношеній при ненормально сильномъ влеченіи, ведущемъ нерѣдко къ такъ-называемому „психическому онанизму“, coïtus interruptus и coïtus reservatus.

По наблюденіямъ Krafft-Ebing'a, у 250 мужчинъ можно было въ 101 случаѣ отмѣтить, какъ причину неврастеніи, антигигіеническое состояніе ихъ половой жизни; у 250 неврастеничекъ тоже наблюдалось въ 26 случаяхъ. Этотъ-же авторъ замѣчаетъ, что вредное вліяніе половыхъ излишествъ на мужчинахъ отражается гораздо больше, чѣмъ на женщинахъ, конечно, потому, что половой актъ у женщины не требуетъ такого дѣятельнаго участія нервной системы, какъ у мужчины. Большое значеніе имѣетъ степень существующаго наслѣдственнаго невропатическаго предрасположенія.

Gorham, разбирая сущность и леченіе пріобрѣтенной неврастеніи, указываетъ на злоупотребленіе половой жизнью, какъ на одну изъ видныхъ причинъ, способныхъ вызвать это нервное страданіе.

Girone говоритъ, что отклоненія въ половыхъ отправленіяхъ служатъ главной причиной неврастеніи, и что изъ 100, зарегистрированныхъ имъ, неврастениковъ онъ ни въ одномъ случаѣ не могъ отмѣтить нормальной половой жизни.

Не отрицая вреднаго вліянія ненормальныхъ половыхъ отправленій, Ziehen считаетъ все-же, что значеніе ихъ, какъ этіологическаго момента неврастеніи, нѣсколько преувеличено.

На вредное вліяніе coïtus reservatus указываетъ, между прочимъ, Eulenburg и считаетъ, что весьма частой и несомнѣнной причиной неврастеніи у мужчинъ служатъ средства, примѣняемыя противъ зачатія, особенно coïtus r., вредно отражающійся на нервной системѣ. Этотъ-же авторъ говоритъ,

что неудовлетворение половыхъ стремленій также можетъ послужить источникомъ развитія неврастеніи, но лишь въ томъ случаѣ, если субъектъ—наслѣдственно—предрасположенный невропатъ, и половое влеченіе его ненормально сильно развито. Мужчины при этомъ заболѣваютъ чаще, нежели женщины, такъ какъ у первыхъ половыя потребности развиты сильнѣе, чѣмъ у вторыхъ. Къ заявленіямъ о томъ, что причиной психоза у женщины послужило половое воздержаніе, необходимо относиться съ осторожностью и убѣдиться, не имѣла-ли въ данномъ случаѣ вліянія неудовлетворенность присущаго женщинѣ чувства материнства и связанное съ нимъ недовольство своимъ соціальнымъ и семейнымъ положеніемъ.

Weber говоритъ, что половыя излишества и, преимущественно, онанизмъ, служатъ весьма частыми причинами неврастеніи и влекутъ за собой истощеніе тѣлесныхъ и умственныхъ силъ обоихъ половъ.

Подобно тому, какъ во время единичнаго полового возбужденія нервная система болѣе продуктивна, пишетъ Féré, а послѣ удовлетворенія потребности наступаетъ въ большинствѣ случаевъ временное утомленіе, такъ и слишкомъ частыя половыя возбужденія ведутъ къ усталости, однако не скоро проходящей, а длительной, т. е.—къ неврастеніи. У людей, вырождающихся или имѣющихъ ослабленную нервную систему, наступаетъ иногда рядъ странныхъ явленій, рѣже во время совокупленія и чаще послѣ него; замѣчались: припадки падучей, мигрень, грудная жаба, астма, проходящія нарушенія въ области гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры, ненормальныя ощущенія въ различныхъ органахъ чувствъ. При неврастеніи наблюдаются весьма часто приливы крови, давленіе въ головѣ и боли въ спинѣ; при истеріи чаще наступаютъ разстройства въ области органовъ чувствъ. Многіе послѣ возбужденія впадаютъ въ ненормально глубокій сонъ. Нѣчто схожее наблюдается

у нѣкоторыхъ насѣкомыхъ, которыя, послѣ совокупленія, такъ истощены, что погибаютъ. Coïtus послѣ ѣды и стоя дѣйствуетъ особенно утомляющимъ образомъ на нѣкоторыхъ лицъ. Между прочимъ авторъ указываетъ на то, что всѣ эти ненормальныя явленія не имѣютъ ничего специфическаго для полового возбужденія, такъ какъ они наблюдаются у болѣзненно предрасположенныхъ лицъ и при другихъ различныхъ сильныхъ возбужденіяхъ. Какъ примѣръ ненормальныхъ явленій, наступающихъ вслѣдъ за coïtus'омъ, Féré приводитъ случай, гдѣ у неврастеника, страдающаго слабостью нижнихъ конечностей, наступала, послѣ совокупленія, временная параплегія.

Съ цѣлью выясненія вліянія половой жизни на происхожденіе функціональныхъ нервныхъ срадaній, Gattel изслѣдовалъ 100 больныхъ. Половая жизнь оказалась во всѣхъ случаяхъ ненормальной и авторъ утверждаетъ, что истерія бываетъ слѣдствіемъ перенесенной въ юныхъ годахъ, травмы половыхъ органовъ, между тѣмъ какъ неврастенія является результатомъ мастурбаціи.

Весьма часто, говоритъ Weygandt, на почвѣ психическаго вырожденія развивается тяжелая страсть и привычка къ онанизму, производимому при этомъ нѣсколько разъ въ день. Эта пагубная привычка въ высокой степени благопріятствуетъ развитію неврастеніи вслѣдствіе истощенія, причиняемаго всему организму, сосредоточиваніемъ мыслей исключительно на половыхъ ощущеніяхъ и постоянной нравственной борьбою съ этой болѣзненной страстью.

Lemoine описываетъ случай, гдѣ на почвѣ дегенераціи, вслѣдствіе умѣреннаго онанизма, развилась довольно тяжелая форма неврастеніи.

Анемія. Если имѣть въ виду, что анемичный вообще доступнѣе для болѣзнетворныхъ причинъ (Krafft-Ebing),—въ томъ числѣ и для поражающихъ сферу психической жизни;

что предѣлъ воспріимчивости у него лежитъ ниже обыкновеннаго относительно различныхъ вредныхъ вліяній, и что анемія составляетъ важное предрасположеніе къ психическому заболѣванію и своимъ присутствіемъ можетъ усиливать значеніе уже существующей у субъекта невропатической конституціи,—то становится понятнымъ, что анемія можетъ служить моментомъ, благопріятствующимъ происхожденію неврастеніи.

Особенно часто у женщинъ видятъ причину неврастеніи въ предполагаемой или дѣйствительно существующей анеміи, и стараются излечить ее примѣненіемъ препаратовъ желѣза, мышьяка и соотвѣтствующими минеральными водами. Если неврастенія зависитъ отъ какихъ-либо истощающихъ причинъ, какъ, напримѣръ, тяжелыхъ родовъ и обильныхъ потерь крови, то отъ указанныхъ средствъ можно ожидать успѣха; имѣя же дѣло съ хронической конституціональной неврастеніей, едва-ли можно многаго ожидать отъ желѣза или мышьяка, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ анемія является частичнымъ проявленіемъ какого-то глубокаго конституціональнаго трофическаго пораженія (можетъ-быть нервной системы).

Въ видѣ примѣра неврастеніи, которая была вызвана анеміей вслѣдствіе большой потери крови, Joseph приводитъ слѣдующій случай: молодая женщина, 29 лѣтъ, замужняя, но бездѣтная, подверглась операціи, состоявшей въ расширеніи наружнаго маточнаго зѣва, съ цѣлью устраненія безплодія. До операціи, протекшей безъ всякихъ осложненій, менструаціи у больной были правильныя, продолжались 3—4 дня и сопровождались болями въ нижней части живота и въ крестцѣ. Двѣ недѣли послѣ операціи, во время прогулки по городу, у больной появилось внезапно, безъ всякой видимой причины, маточное кровотеченіе. Вслѣдствіе большой потери крови, она стала весьма анемичной и при-

нуждена была долгое время соблюдать строжайшій покой. Съ этого-же времени у больной обнаружились признаки неврастеніи: помимо боязни новаго кровотеченія, она жаловалась на надглазничную невралгію, на чувство сжатія головы, на сердцебіеніе, на безпокойный сонъ, на чувствительность позвоночника къ давленію, на слабость ногъ, на разстройство пищеваренія и т. п. Изслѣдовавъ половые органы, авторъ отклоненія отъ нормы не обнаружилъ. Послѣ укрѣпляющаго леченія на курортахъ, продолжавшагося нѣсколько лѣтъ, больная вполнѣ оправилась.

Относительно *болѣзней сердца*, какъ этіологическаго момента при развитіи неврастеніи, замѣчу лишь, что различные пороки, обусловливая активные приливы, равно какъ и венозные застои крови въ мозгу, могутъ вызвать нарушеніе питанія клѣтокъ центральной нервной системы; и, такимъ образомъ, возможность возникновенія неврастеніи на почвѣ сердечныхъ пороковъ становится вполнѣ допустимой и до нѣкоторой степени понятной.

Pardon говоритъ, что болѣзни сердца, — преимущественно пораженія аорты и перикардитъ,—обусловливаютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ появленіе симптомовъ неврастеніи, и что нервныя явленія, слѣдующія за сердечными пороками, бываютъ иногда столь рѣзко выражены, что отодвигаютъ на второй планъ и даже маскируютъ симптомы сердечнаго страданія.

О томъ, что недостатки *въ питаніи* могутъ стать причиной неврастеніи, указывалъ, еще 25 лѣтъ тому назадъ, Hughes.

Benedikt придаетъ въ этомъ отношеніи большое значеніе обкармливанію, начинающемуся уже съ дѣтскаго возраста и вредно отзывающемуся на всемъ организмѣ. Авторъ считаетъ, что ребенокъ не долженъ быть обжорливымъ, тѣмъ не менѣе необходимо сообразоваться съ его наклонностями

и вкусомъ. Въ будущемъ, зависимость, существующая между бифштексами, анеміей и неврастеніей, будетъ служить весьма поучительной темой для практикующаго врача.

Если вспомнить мнѣнія выдающихся невропатологовъ, согласно которымъ неврастенія представляетъ собою артритическій неврозъ (Grasset, Lancereaux, Glénard, Vigouroux, Huchard и др.), то станетъ яснымъ, почему многіе авторы придаютъ важное значеніе питанію: это послѣднее, способствуя въ извѣстныхъ случаяхъ (при избыткѣ бѣлка) появленію артритизма, можетъ стать предрасполагающей причиной къ развитію неврастеніи (Montenuis).

Krafft-Ebing прямо указываетъ на то, что главная діэтетическая ошибка заключается въ чрезмѣрномъ потребленіи бѣлковой—мясной пищи. Особенно вредно она отражается на людяхъ, ведущихъ сидячій образъ жизни, занимающихся напряженнымъ умственнымъ трудомъ и не избѣгающихъ спиртныхъ напитковъ. Усугубляетъ вредное вліяніе указанныхъ неблагопріятныхъ моментовъ—наличность невропатической конституціи. Въ подобныхъ случаяхъ замѣна животной пищи растительною и молокомъ, пребываніе въ деревнѣ, достаточное движеніе и немного гидротерапіи даютъ прекрасные результаты.

Хотя, во многихъ случаяхъ неврастеніи, *гидротерапія* и даетъ очень хорошіе результаты, однако не нужно забывать, что этотъ методъ леченія, проведенный слишкомъ энергично и не съ достаточнымъ пониманіемъ его, можетъ въ свою очередь стать причиной неврастеніи. Такъ, Krafft-Ebing наблюдалъ въ двухъ случаяхъ возникновенія тяжелой neurasthenia cordis вслѣдствіе примѣненія горячихъ ваннъ, и считаетъ, что нервные люди не должны брать полныхъ ваннъ, температура которыхъ превышаетъ 28° по R.

Этотъ-же авторъ указываетъ и на вредное вліяніе холод-

ныхъ купаній: ему неоднократно приходилось наблюдать ухудшеніе нервныхъ страданій вслѣдствіе примѣненія слишкомъ холодныхъ, частыхъ и продолжительныхъ ваннъ. Подобное-же дѣйствіе могутъ оказать и купанія въ сѣверныхъ моряхъ, особенно въ томъ случаѣ, если оставаться въ водѣ, какъ это дѣлаютъ несвѣдующіе и неосторожные люди, до получаса. На вредное вліяніе слишкомъ энергичныхъ холодныхъ купаній обращаютъ вниманіе также Richter, Pelizaeus и др.

Pelizaeus, въ статьѣ объ искуственной неврастеніи, приводитъ, между прочимъ, случай развитія этого страданія вслѣдъ за гидропатическимъ леченіемъ, направленнымъ противъ ревматическихъ болей. Дѣло касается мужчины 46-ти лѣтъ, здороваго и хорошо упитаннаго, который, противъ болей въ плечѣ и спинѣ, примѣнилъ леченіе, состоявшее въ обтираніяхъ, полуваннахъ и римскихъ баняхъ. Послѣднія были скоро оставлены, такъ какъ паціентъ сталъ себя чувствовать слишкомъ плохо; обтиранія же были доведены до 12°, а полуванны до 15°, продолжительностью въ 5 минутъ. Послѣ подобнаго трехнедѣльнаго леченія, состояніе паціента внезапно ухудшилось: появилась неспособность къ умственному труду, боль во всѣхъ членахъ, плохой сонъ, отсутствіе аппетита и т. д. Несмотря на предпринятое леченіе, еще годъ спустя послѣ появленія этого заболѣванія, отмѣчалась весьма легкая возбудимость нервной системы. вслѣдствіе чего было запрещено больному всякое умственное и физическое напряженіе.

Изъ лечебныхъ мѣръ, при неумѣренномъ пользованіи которыми можетъ развиться неврастенія, укажу еще на леченіе, направленное противъ *тучности* и леченіе *минеральными водами.*

Löwenfeld обращаетъ особое вниманіе на то обстоятельство, что такія, сравнительно незначительныя, потери

въ вѣсѣ, какъ 6—8 к. gr. могутъ оказать вредное вліяніе на здоровье.

Hösslin нашелъ, что у 828 больныхъ, страдающихъ неврастеніей, въ 10 случаяхъ причиною заболѣванія послужило леченіе тучности. То-же наблюдалось и у двухъ женщинъ изъ общаго числа 250 больныхъ Krafft-Ebing'a. Послѣдній полагаетъ, что невропатическая конституція должна оказывать свое вліяніе въ большинствѣ подобныхъ случаевъ.

Однако не только похудѣніе, связанное со спеціальнымъ леченіемъ, но и похудѣніе, являющееся побочнымъ результатомъ слишкомъ энергичнаго и продолжительнаго употребленія минеральныхъ водъ, также можетъ вызвать тяжелую форму неврастеніи.

Weber приводитъ случай, гдѣ у лица, не отличавшагося вообще крѣпкимъ здоровьемъ, развились симптомы нервной слабости вслѣдствіе продолжительнаго примѣненія карльсбадской соли.

Объяснить себѣ подобные факты до настоящаго времени не представляется возможнымъ, такъ какъ свѣдѣнія наши о вліяніи этихъ способовъ леченія на обмѣнъ веществъ у невропатовъ далеко еще не полны (Krafft-Ebing). Во всякомъ случаѣ, у невропата отношеніе между приходомъ и расходомъ силъ крайне неустойчиво, и онъ плохо переноситъ быстрыя колебанія въ состояніи своего питанія. Особаго вниманія заслуживаетъ то обстоятельство, что, при искуственномъ нарушеніи этого равновѣсія, возстановленіе его крайне трудно, а иногда и совершенно невозможно. Поэтому примѣненіе минеральныхъ водъ у людей съ нервнымъ расположеніемъ должно быть тщательно обдумано и осторожно проведено, подъ наблюденіемъ врача и при условіи частыхъ взвѣшиваній.

Касаясь способа питанія неврастениковъ, Köthe также указываетъ на тотъ фактъ, что искуственно вызванное быстрое похудѣніе можетъ оказаться очень опаснымъ.

Заканчивая этимъ изложеніе главнѣйшихъ причинъ неврастеніи, какъ предрасполагающихъ, такъ и случайныхъ, считаю нужнымъ прибавить, что въ дѣйствительности этіологическихъ моментовъ нервной слабости можетъ быть значительно больше, такъ какъ эти моменты въ сущности столь-же разнообразны и многочисленны, какъ и условія, вызывающія, тѣмъ или инымъ путемъ, разстройство питанія и, вмѣстѣ съ тѣмъ, упадокъ жизненной энергіи нервной клѣтки.

IV.

Симптомы неврастеніи.

Разсмотрѣвъ въ предыдущей главѣ важнѣйшіе этіологическіе моменты неврастеніи, перейдемъ теперь къ описанію и разбору различныхъ симптомовъ болѣзни Beard'a.

Первое, на что необходимо указать, и что невольно бросается въ глаза всякому, ознакомившемуся съ неврастеніей теоретически, или клинически, это—крайнее разнообразіе и непостоянство ея симптомовъ. Дать строго опредѣленное описаніе и представить фотографическое клише страданія—невозможно, говоритъ Huchard, такъ какъ картина эта во многомъ зависитъ отъ индивидуальности самого больного: при неврастеніи мы встрѣчаемся съ различными разстройствами въ психической сферѣ, съ мышечной слабостью, съ быстрой утомляемостью, съ гиперестезіями и парестезіями, головными болями, разстройствами зрѣнія, слуха, вкуса, съ нарушеніями въ области внутреннихъ органовъ, какъ-то желудочно-кишечнаго тракта, мочеполовой и сосудистой системъ, съ разстройствами отдѣлительныхъ функцій, съ измѣненіями въ сферѣ жизненныхъ отправленій, съ нарушеніями сна, рѣчи, съ аномаліями влеченій и т. д. Каждый органъ можетъ оказаться затронутымъ и, притомъ, въ различной степени; кромѣ того замѣчательна и та быстрота, съ которой симптомы уступаютъ мѣсто другъ другу.

Все это разнообразіе симптомовъ было уже отмѣчено Beard'омъ, но заслуга приведенія ихъ въ извѣстный порядокъ и

группировка, по степени частоты появленія, принадлежитъ Charcot (Levillain). По его мнѣнію существуютъ главные симптомы или „stigmata“—и второстепенные или побочные. Къ главнымъ—Charcot относитъ: частыя головныя боли, безсонницу, ослабленіе умственной энергіи, мышечную астенію, рахіалгію, диспепсію и головокруженія. Что касается второстепенныхъ симптомовъ, то они могутъ выражаться въ различнѣйшихъ формахъ: появляться, исчезать, а иногда и совсѣмъ отсутствовать.

Относительно того, что считать главными симптомами неврастеніи, то въ этомъ отношеніи почти всѣ авторы согласны съ только-что приведеннымъ мнѣніемъ Charcot, хотя нѣкоторые изъ невропатологовъ и прибавляютъ еще къ нимъ тѣ или другіе симптомы.

Такъ, напримѣръ, Arcari считаетъ характернымъ признакомъ неврастеніи также разстройство въ половой сферѣ больного; головокруженія же относитъ къ второстепеннымъ симптомамъ.

Bouveret обращаетъ вниманіе еще и на обыкновенно существующее расширеніе зрачковъ, и относитъ такъ-же, какъ и предыдущій авторъ, головокруженія къ менѣе обычнымъ симптомамъ.

Hösslin говоритъ, что слабость (психическая и физическая), боли и безсонница образуютъ тріосимптомъ неврастеніи.

Saillard, разбирая стигматы интересующаго насъ страданія, придаетъ особое значеніе головнымъ болямъ, рахіалгіи, ослабленію умственной энергіи, мышечной астеніи и диспепсіи.

Подобно Hösslin'у, Joseph также считаетъ, что постоянные симптомы неврастеніи выражаются тріадой: 1) слабостью въ психической или двигательной области, 2) болями непостоянными, какъ-бы невралгическими вре-

менно исчезающими, и 3) безсонницею—въ видѣ легкой пробуждаемости и безпокойнаго сна.

Наконецъ, M. de Fleury описываетъ подъ именемъ „grands symptômes neurasthéniques“ чувство усталости, разстройства сосудо-двигательныя и желудочно-кишечныя, нарушеніе сна, измѣненія въ составѣ мочи, половую слабость и нарушенія психической жизни.

Не останавливаясь долѣе на вопросѣ о томъ, что считать главными признаками неврастеніи, въ чемъ, какъ уже было сказано, мнѣнія авторовъ весьма близко сходятся, приступимъ къ подробному описанію отдѣльныхъ симптомовъ нервной слабости, и начнемъ разсмотрѣніе ихъ съ симптомовъ психическихъ, имѣющихъ весьма важное значеніе въ занимающемъ насъ невро-психозѣ.

Психическіе симптомы.

Важность психическихъ проявленій неврастеніи, среди другихъ многочисленныхъ признаковъ этого страданія, обусловливается тѣмъ фактомъ, что почти всегда нервная слабость выражается, между прочимъ, нѣкоторыми разстройствами и въ психической сферѣ больного. Почти всѣ авторы (Dutil), изучавшіе или описывавшіе послѣ Beard'a этотъ неврозъ, настаиваютъ на частотѣ и важности психическихъ разстройствъ при неврастеніи. Cowles считаетъ даже, что измѣненія въ психическомъ состояніи больного являются первыми, начальными признаками заболѣванія. Правда, симптомы эти обыкновенно (Корсаковъ) не бываютъ очень сильно выражены, такъ что неврастеники не обращаются къ психіатрамъ, а пользуются спеціалистами по нервнымъ и внутреннимъ болѣзнямъ, —но, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, разстройства психическія выступаютъ на первый планъ и

достигаютъ такой степени, что больные помѣщаются въ специальныя психіатрическія заведенія.

На подобные тяжелые случаи неврастеніи обратили особое вниманіе Krafft-Ebing и C. Mayer, которые констатировали и описали много случаевъ, доказывающихъ, что при неврастеніи, какъ и при другихъ общихъ неврозахъ (эпилепсіи и истеріи) могутъ иногда наблюдаться быстротечныя (неврастеническія) состоянія помѣшательства, продолжающіяся отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней и зависящія по всей вѣроятности отъ крайняго истощенія, или отъ процессовъ самоотравленія.

Насколько часто наблюдаются у неврастениковъ симптомы со стороны психики, видно изъ статистики Hösslin'a, по которой изъ 828 больныхъ у 765 можно было отмѣтить ясно выраженныя разстройства психическихъ функцій. Къ счастью, замѣчаетъ Krafft-Ebing, разстройства эти носятъ обычно лишь элементарный характеръ и не вліяютъ на вмѣняемость этихъ людей, больныхъ въ психіатрическомъ, а не въ юридическомъ смыслѣ.

Кромѣ частоты появленія, психическіе симптомы пріобрѣтаютъ важное значеніе еще тѣмъ, что громадное большинство субъективныхъ физическихъ разстройствъ, испытываемыхъ неврастениками, служитъ, какъ замѣчаетъ Strümpell, только результатомъ первичнаго разстройства идейной жизни, и лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ допускается возможность существованія, на ряду съ психической аномаліей, также самостоятельныхъ функціональныхъ разстройствъ въ другихъ нервныхъ областяхъ, могущихъ повести къ особымъ физическимъ симптомамъ. Во всякомъ случаѣ, большинство субъективныхъ симптомовъ имѣетъ психическое происхожденіе, что̀ явствуетъ изъ того, что, по содержанію своему, они вполнѣ совпадаютъ съ существующими (гипохондрическими) представленіями, и, что они

часто совершенно исчезаютъ, какъ только удается искоренить изъ сознанія эти представленія.

Въ зависимости отъ разстройствъ идейной жизни и въ частности отъ вліянія ихъ на субъективныя ощущенія больного, неврастенія накладываетъ болѣзненный отпечатокъ на чувства и стремленія человѣка и мѣняетъ соотвѣтствующимъ образомъ характеръ, такъ что (Krafft-Ebing) мы можемъ говорить о характерѣ неврастеническомъ, подобно тому, какъ говоримъ объ истерическомъ или эпилептическомъ.

Основными чертами неврастеническаго характера являются тоскливое предчувствіе угрожающаго имъ тяжелаго заболѣванія и угнетенное настроеніе духа, какъ реакція сознанія на это ощущеніе: больной почти исключительно занятъ самимъ собой, мало обращая вниманіе на потребности и желанія окружающихъ его людей; его личное „я“ является какъ-бы точкой кристаллизаціи (Gehring) всѣхъ мыслей и поступковъ, чему въ значительной степени способствуетъ повышенная самовнушаемость; онъ легко волнуется и раздражается и поводъ, вслѣдствіе котораго настроеніе духа неврастеника портится, бываетъ часто такъ незначителенъ, что въ послѣдствіи самъ больной не понимаетъ, какъ онъ могъ забыться изъ-за такихъ пустяковъ. Иногда больной доходитъ до того (Ziehen), что его начинаетъ раздражать муха, сидящая на стѣнѣ; никто ничѣмъ—не въ состояніи ему угодить; онъ становится ворчливымъ и не терпитъ противорѣчій (Petroff). Малѣйшій поводъ вызываетъ анормально-интенсивный и анормально-продолжительный аффектъ неудовольствія; побороть же этотъ аффектъ у неврастеника не хватаетъ силъ; настоящее и будущее рисуются ему въ мрачныхъ краскахъ; самочувствіе его болѣзненно понижено, при чемъ зависитъ это не отъ физическаго нездоровья, не отъ непріятныхъ ощущеній, вызываемыхъ болѣзненнымъ состояніемъ внут-

ренних органовъ, но отъ измѣненій воспріимчивости нервной системы. Замѣчу, между прочимъ, что въ новѣйшее время Weygandt въ своей работѣ, озаглавленной „Caractères pathologiques des neurasthéniques", даетъ подробное описаніе тѣхъ особенностей и тѣхъ разнообразныхъ оттѣнковъ характера, которые приходится наблюдать у неврастениковъ. Вообще же характеръ неврастеника отличается неустойчивостью и зависитъ во многомъ отъ тѣхъ уклоненій отъ нормы, которыя наблюдаются въ сферѣ чувствъ, интеллекта и воли больного.

А. Разстройства въ сферѣ чувствъ.

1) *Разстройства по содержанію.* Выражаются они (Krafft-Ebing) мрачнымъ настроеніемъ, угнетеннымъ душевнымъ состояніемъ, вызываемымъ непріятными физическими и психическими ощущеніями, чувствованіемъ тяжелаго заболѣванія, нозофобическими представленіями и т. п. Вслѣдствіе этого больной очень занятъ самимъ собою, любитъ обращаться за совѣтомъ къ врачамъ, чувствуетъ потребность излить свою душу, говорить о собственныхъ страданіяхъ и требуетъ сочувствія со стороны окружающихъ.

Съ устраненіемъ непріятныхъ субъективныхъ ощущеній улучшается и душевное состояніе больного. Этимъ обстоятельствомъ, между прочимъ, легко объяснить благодѣтельное вліяніе всего того, что отвлекаетъ вниманіе больного отъ источниковъ его безконечныхъ жалобъ.

Хотя самочувствіе и настроеніе человѣка, какъ извѣстно (Корсаковъ), находятся въ большой зависимости отъ тѣхъ ощущеній, которыя онъ получаетъ отъ своихъ внутреннихъ органовъ,—а при физическомъ нездоровьѣ непріятныя ощущенія во внутреннихъ органахъ обычно вызываютъ болѣзненно-пониженное самочувствіе,—однако у неврастеника

дѣло обстоитъ нѣсколько иначе: его плохое самочувствіе и подавленное настроеніе, какъ уже было сказано, не находятся въ соотвѣтствіи съ физическимъ состояніемъ внутреннихъ органовъ, а зависятъ отъ измѣненій воспріимчивости нервной системы. Измѣненія эти состоятъ, по всей вѣроятности, въ повышенной воспріимчивости послѣдней, вслѣдствіе чего всякое малѣйшее нарушеніе въ состояніи внутреннихъ органовъ дастъ себя чувствовать непомѣрно сильно. Получая цѣлый рядъ непріятныхъ ощущеній отъ своихъ внутреннихъ органовъ, человѣкъ начинаетъ прислушиваться къ самому себѣ, все болѣе и болѣе убѣждается въ своемъ нездоровьѣ, становится мрачнымъ и угнетеннымъ.

Мрачное настроеніе неврастеника не отличается однако постоянствомъ: настроеніе его крайне неустойчиво и наблюдаются весьма часто случаи, гдѣ оно колеблется не по днямъ а по часамъ; такъ—больной веселъ, доволенъ, какъ вдругъ все мѣняется, онъ становится недовольнымъ, печальнымъ и раздражительнымъ.

Изъ психическихъ ощущеній, вызывающихъ у неврастеника душевное угнетеніе, нужно указать на испытываемое больнымъ чувство своей полной неспособности и непригодности къ какому бы то ни было дѣлу, требующему для выполненія хотя бы минимальнаго напряженія умственныхъ и тѣлесныхъ силъ. Если такой больной, уступая настоятельнымъ просьбамъ и увѣщеваніямъ окружающихъ его близкихъ людей, рѣшится начать то, или иное дѣло и выполнитъ его удачно, то этотъ успѣхъ въ предпринятомъ дѣлѣ дѣйствуетъ весьма благотворно на душевное состояніе больного и воскрешаетъ въ немъ вѣру въ самого себя.

Ухудшается самочувствіе неврастеника въ томъ случаѣ, если близкіе люди не обращаютъ должнаго вниманія на высказываемыя имъ жалобы; тогда больной, чувствуя себя вдвойнѣ несчастнымъ (Krafft-Ebing), начинаетъ подчеркивать свои

страданія, до нѣкоторой степени преувеличивая ихъ; этимъ жалобы неврастеника пріобрѣтаютъ нѣкоторое сходство съ жалобами истеричныхъ; во всякомъ случаѣ, такой симуляціи, такого тщательнаго подражанія симптомамъ различныхъ страданій, какъ это наблюдается у истеричныхъ, у неврастениковъ отмѣтить не удавалось.

Завися отъ цѣлаго ряда субъективныхъ непріятныхъ ощущеній, настроеніе неврастеника можетъ носить ипохондрическій характеръ, отличаясь однако весьма существеннымъ образомъ отъ дѣйствительныхъ ипохондрическихъ состояній, о чемъ подробнѣе будетъ изложено въ главѣ о дифферціальной діагностикѣ.

2) *Разстройства чувствъ во внѣшнемъ (формальномъ) ихъ проявленіи.* Повышенная возбудимость нервной системы неврастеника не можетъ не отразиться на внѣшнемъ проявленіи его душевныхъ движеній; наблюдаемыя при этомъ разстройства выражаются быстрымъ появленіемъ душевныхъ движеній, отличающихся ненормальной продолжительностью и силой, и вредно вліяющихъ на сосудо-двигательныя отправленія, которыя находятся въ весьма тѣсной связи со сферою чувства. Малѣйшій возбуждающій моментъ, вызывающій при физіологическихъ условіяхъ только оттѣнокъ того или иного чувствованія, у неврастеника вызываетъ интенсивные и продолжительные аффекты. Если преобладаетъ (Ziehen) не интенсивность, а длительность аффекта неудовольствія, то такое состояніе называется неврастенической злобой, при интенсивности же—неврастеническимъ гнѣвомъ. Печаль меланхолика часто находится въ связи съ какимъ-либо внѣшнимъ объектомъ, но всецѣло переносится больнымъ на свое „я“; неудовольствіе же неврастеника направляется противъ внѣшнихъ объектовъ и противъ лицъ, его окружающихъ. Мотивовъ неудовольствія у неврастеника бываетъ много: его психическая гипералгезія (Binswanger) проявляется

на каждомъ шагу. Въ продолжительныхъ и рѣзко выраженныхъ случаяхъ, больной становится въ тягость какъ себѣ, такъ и другимъ. Для собственной семьи отецъ-неврастеникъ можетъ стать истиннымъ тираномъ Его настроеніе отражается и на другихъ, близкихъ ему, людяхъ, создавая вокругъ него гнетущую атмосферу. Невинный проступокъ ребенка, малѣйшее противорѣчіе, случайно брошенное и совершенно безобидное замѣчаніе жены могутъ привести больного въ непомѣрное волненіе, вызвать досаду и гнѣвъ, который разрѣшается иногда бранью, даже насильственными дѣйствіями, тяжелыми тѣлесными наказаніями дѣтей и т. п. Такъ, Binswanger приводитъ случай, гдѣ паціентъ высоко образованный и, въ спокойномъ состояніи разсудительный и благоразумный, долженъ былъ покинуть семью вслѣдствіе дурного обращенія, которому съ его стороны подвергались его жена и дѣти при вспышкахъ гнѣва. Сознавая всю ненормальность подобныхъ состояній гнѣва, больной, по собственному желанію, былъ помѣщенъ для леченія въ санаторію.

У хозяйки дома болѣзненная раздражительность проявляется нѣсколько иначе: здѣсь поводами волненія служатъ повседневныя мелочи и заботы, связанныя съ хозяйствомъ: ея раздражительность бываетъ направлена, главнымъ образомъ, противъ слугъ: больная не можетъ сдѣлать спокойно ни одного замѣчанія; замѣтивъ хотя бы незначительное упущеніе со стороны прислуги, она впадаетъ въ непомѣрный гнѣвъ, постоянно говоритъ объ этомъ упущеніи и даже ночью не можетъ о немъ забыть. Binswanger говоритъ, что онъ зналъ женщинъ, которыя на высшей стадіи страданія вообще не выносили присутствія слугъ. Постоянныя придирки и брань гнали всѣхъ изъ дому, такъ что паціентка, сознавая невозможность долѣе вести хозяйство, была принуждена въ концѣ концовъ покинуть домъ и удалиться въ лечебное заведеніе.

Тяжелѣе всего приходится неврастеникамъ-холостякамъ и старымъ „нервнымъ“ дѣвамъ (Binswanger): никто не выноситъ ихъ общества и всякій старается ихъ избѣгать.

Обычно больные отличаются крайнимъ эгоизмомъ; они поражаютъ неправильнымъ взглядомъ на свои права и обязанности; всѣмъ недовольны и требуютъ величайшаго вниманія къ своему состоянію; считаютъ себя глубоко обиженными, если ихъ желанія не тотчасъ исполняются, и весь домашній строй не приспособляется къ ихъ потребностямъ. Между тѣмъ сами они считаютъ себя вправѣ безнаказанно оскорблять и обижать другихъ; по ихъ мнѣнію, они являются невинными, непонятыми жертвами окружающихъ людей, которые, вслѣдствіе недостатка вниманія къ ихъ тяжелому положенію, вслѣдствіе противорѣчій и злобы, безпрестанно раздражаютъ и мучатъ ихъ. Въ санаторіяхъ требуется со стороны врачей величайшее терпѣніе и твердость характера при обращеніи съ неврастениками: больные недовольны врачами, низшимъ персоналомъ и всей окружающей обстановкой; критикуютъ всѣ терапевтическія мѣры, и, притомъ, въ самой оскорбительной и грубой формѣ, чѣмъ подрываютъ авторитетъ врачей въ глазахъ другихъ больныхъ; образуютъ цѣлые заговоры противъ лечебнаго учрежденія и служащихъ въ немъ лицъ, и ставятъ врачей въ весьма затруднительное положеніе. Нѣкоторые хроническіе неврастеники безпрестанно мѣняютъ лечебницы и санаторіи, поселяя всюду безпокойствіе и безпорядокъ.

Въ случаѣ продолжительности страданія, въ характерѣ больныхъ наступаютъ весьма существенныя и ясно замѣтныя для окружающихъ перемѣны: паціенты становятся крайне злыми. Не будучи въ состояніи сами испытывать радость и удовольствіе въ развлеченіяхъ и находить удовлетвореніе въ прекрасномъ и возвышенномъ, они стараются отравлять всякую радость другимъ; съ величайшимъ умѣ-

ніемъ грубо задѣваютъ тончайшія струны души близкихъ, доводятъ ихъ до раздраженія, и послѣ этого испытываютъ злобную радость, имѣя какъ будто основаніе упрекнуть окружающихъ въ потерѣ самообладанія.

Къ счастью, замѣчаетъ Binswanger, описанныя выше картины наблюдаются только въ тяжелыхъ случаяхъ болѣзни.

Повышенная душевная возбудимость неврастениковъ (Krafft-Ebing) можетъ также сказаться въ чрезмѣрной ихъ чувствительности при видѣ чужого горя, хорошо исполненнаго драматическаго произведенія, при чтеніи потрясающихъ событій и т. п. Во всякомъ случаѣ, возникшее чувство не отличается постоянствомъ и быстро уступаетъ мѣсто другому чувству, какъ это обычно наблюдается при раздражительной слабости нервной системы.

Послѣдствіемъ болѣе или менѣе продолжительнаго существованія чрезмѣрно легкой возбудимости чувства бываетъ постоянно наблюдаемая у человѣка измѣнчивость настроенія, понятная потому, что безпрестанно смѣняющіяся одно другимъ, разнообразныя по своему содержанію, представленія вызываютъ соотвѣтственную смѣну и въ сопровождающихъ ихъ чувствованіяхъ. Такая раздражительная слабость, подвижность чувства, въ самой рѣзкой формѣ, наблюдается между прочимъ и у неврастениковъ.

Впечатлительность больныхъ неврастеніей можетъ иногда быть столь значительной, что они, по временамъ, бываютъ вынуждены совершенно отказаться отъ общества и вести почти отшельническую жизнь, которая, къ сожалѣнію, ихъ не успокаиваетъ, такъ какъ, находясь въ одиночествѣ и углубляясь въ самихъ себя, они начинаютъ испытывать цѣлый рядъ непріятныхъ субъективныхъ ощущеній, лишающихъ ихъ покоя.

Необходимо еще замѣтить, что помимо состояній ненормально легкой возбудимости чувства, являющейся какъ-бы господствующей при неврастеніи, можно иногда наблюдать, въ тяжелыхъ случаяхъ болѣзни, особенно при церебрастеніи, состояніе какъ бы затрудненной реакціи чувства, при которой больной становится временно безучастнымъ и нечувствительнымъ ко всему окружающему; во всякомъ случаѣ, до психической анестезіи, наблюдаемой при меланхоліи, дѣло никогда не доходитъ.

Изъ аффектовъ, наблюдаемыхъ при неврастеніи, важную роль играютъ аффекты страха (Hughes и др.). Встрѣчаются они особенно часто въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь развилась на почвѣ половыхъ излишествъ, или сопровождалась нарушеніемъ половыхъ функцій. Страхи эти рѣдко бываютъ самопроизвольными, зависящими отъ какихъ-то разстройствъ въ механизмѣ нервной системы, т. е., безъ внѣшняго повода, чаще же они связаны съ тѣми или другими представленіями и ими мотивированы. Такъ какъ самопроизвольно возникающія состоянія страха легко объективируются больными, при мотивированномъ же страхѣ, соотвѣтствующее представленіе уже in statu nascendi вызываетъ аффектъ, который мѣшаетъ этому представленію достигнуть яснаго сознанія,—то весьма трудно бываетъ различить страхъ органическаго происхожденія отъ страха происхожденія психическаго, между тѣмъ какъ подобное отличіе можетъ оказаться весьма важнымъ для пониманія и леченія болѣзни. Самопроизвольные аффекты страха обусловлены, по всей вѣроятности, сосудо-двигательными процессами, либо раздраженіемъ сосудо-двигательныхъ центровъ продолговатаго мозга, либо раздраженіемъ сосудодвигательныхъ нервовъ сердца (предсердечная тоска), вслѣдствіе чего наступаетъ спазмъ сосудовъ и, какъ слѣдствіе, недостаточное кровообращеніе въ соотвѣтствующихъ орга-

нахъ. Подобныя разстройства, происходящія въ важныхъ для жизни органахъ, проецируются въ сознаніи въ видѣ чувства страха. Такія ощущенія страха, зависящія отъ органическихъ причинъ, могутъ весьма быстро появляться и достигать большой интенсивности при neurasthenia cordis s. vasomotoria, а также при neurasthenia sexualis. Понятно, что къ подобнымъ ощущеніямъ страха могутъ присоединяться позофобическія представленія (напр. боязнь лишиться сознанія), при чемъ ассоціативная связь между ними можетъ стать весьма прочной, такъ что, какъ это извѣстно изъ опыта, каждый вновь наступающій приступъ страха вызываетъ позофобическія представленія. Эти, возникшія по ассоціаціи, представленія поддерживаютъ и увеличиваютъ, вслѣдствіе ихъ обратнаго вліянія на сосудо-двигательную нервную систему, страхъ, такъ какъ этотъ послѣдній зависитъ отъ степени участія сосудо-двигателей (отъ спазма сосудовъ). При значительно повышенной сосудо-двигательной возбудимости можетъ случиться, что представленіе, обычно связанное съ аффектомъ страха, будучи случайно вызвано, уже само по себѣ достаточно, чтобы повлечь за собой возникновеніе аффекта страха. Съ подобнымъ явленіемъ мы и встрѣчаемся особенно часто при неврастеніи, гдѣ у больныхъ представленія, даже in statu nascendi, въ состояніи вызвать приступъ страха.

Содержаніемъ подобнаго представленія (Krafft-Ebing) служитъ мнимая или дѣйствительная опасность, съ которой больной не чувствуетъ себя способнымъ бороться ни нравственно, ни физически; сознаніе же необходимости подобной борьбы и вызываетъ у него чувство страха. Это представленіе связано съ непріятнымъ ощущеніемъ или затруднительнымъ положеніемъ, и послѣ того, какъ эта, вначалѣ быть-можетъ совершенно случайная, ассоціація укрѣпилась,— уже достаточно бываетъ одного повторенія ощущенія или

положенія, чтобы въ ту-же минуту вызвать представленіе и связанный съ нимъ аффектъ страха. Вслѣдствіе появленія аффекта, больной лишается возможности преодолѣть опасность и испытываетъ ощущенія приближающейся катастрофы. Зависитъ это отъ цѣлаго ряда непріятныхъ тѣлесныхъ и душевныхъ ощущеній (нарушеніе ассоціаціи представленій, доходящее до спутанности, появленіе астазіи-абазіи, сопровождающейся чувствомъ невозможности управлять своими мышцами и т. п.), отъ вліянія соотвѣтствующихъ представленій страха на тѣлесные процессы (позывъ къ дефекаціи и мочеиспусканію, поблѣднѣніе, покраснѣніе), отъ сопутствующихъ сосудо-двигательныхъ процессовъ, переступившихъ физіологическія границы (парезъ сосудовъ, ихъ спазмъ и, какъ слѣдствіе, напр., головокруженіе), или также отъ вліянія аффекта страха на сердечныя и легочныя вѣтви n. vagi, на секреторные нервы и т. п. (сердцебіеніе, чувство давленія въ груди, сухость во рту и горлѣ).

Первоначальное возникновеніе всего симптомо-комплекса обычно зависитъ отъ дѣйствительно испытаннаго больнымъ непріятнаго субъективнаго ощущенія, въ то время, когда онъ находился въ томъ или иномъ положеніи. Впослѣдствіи стоитъ появиться одному изъ звеньевъ ассоціированныхъ психическихъ процессовъ, какъ всплываютъ наружу и всѣ остальные; у очень впечатлительныхъ людей достаточно бываетъ для этого одного лишь простого представленія о пережитомъ.

Такого рода явленія, въ которыхъ характернымъ симптомомъ является присоединеніе аффекта иногда непобѣдимаго страха къ предметамъ и положеніямъ, обычно недолженствующимъ вызвать боязни, называются явленіями патологическаго страха или фобіями.

Одной изъ наиболѣе извѣстныхъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, весьма часто встрѣчающихся при неврастеніи фобій, яв-

ляется агорафобія (agoraphobia), т. е. боязнь открытыхъ пустынныхъ мѣстъ. Описаніе подобнаго состоянія впервые встрѣчается у Westphal'я, который въ 1871 году представилъ классическую картину агорафобіи. Состоитъ она въ томъ (Binswanger), что у нѣкоторыхъ лицъ возникаетъ сильный страхъ, можно сказать, смертельный ужасъ, сопровождающійся дрожаніемъ всего тѣла, чувствомъ стѣсненія въ груди, сердцебіеніемъ, ознобомъ, приливами крови къ головѣ, выступаніемъ пота въ тотъ моментъ, когда эти лица намѣрены перейти черезъ площадь и вообще всякое открытое мѣсто. Нерѣдко, появляющійся при этомъ страхъ сопровождается ощущеніемъ крайней слабости въ нижнихъ конечностяхъ и какъ-бы невозможностью пошевелить ими, мельканіемъ искръ передъ глазами, шумомъ въ ушахъ, тошнотой и т. п. Вслѣдствіе подобнаго состоянія, эти-то лица не въ силахъ перейти площадь; при попыткѣ же къ этому, чувство страха усиливается еще болѣе, и они принуждены возвратиться съ полпути обратно. Чувство страха уменьшается и совершенно исчезаетъ въ томъ случаѣ, если при прохожденіи черезъ открытое мѣсто кто-либо ихъ сопровождаетъ, при чемъ часто бываетъ достаточно сопутствіе ребенка, сознаніе идущаго по тому-же пути, хотя бы и незнакомаго человѣка, или же видъ не вдалекѣ находящагося экипажа. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобное-же состояніе страха ощущается и при хожденіи по пустынной или по прямой, теряющейся вдали улицѣ.

Возникновеніе агорафобіи можно себѣ объяснить слѣслѣдующимъ образомъ (Krafft-Ebing): проходя по пустынной улицѣ или площади, больной почувствовалъ себя однажды плохо; у него появились слабость, сердцебіеніе и тому подобныя непріятныя ощущенія. Къ указаннымъ ощущеніямъ присоединилось въ сознаніи впечатлительнаго больного представленіе объ угрожающей опасности, какъ то

потери сознанія, удара и т. п. И вотъ, вслѣдствіе вызваннаго этими представленіями аффекта страха, и сопровождавшихъ его сердцебіенія, дрожанія, подкашиванія колѣнъ, чувства слабости и головокруженія, больной становится дѣйствительно вполнѣ безпомощнымъ. Испытанное душевное волненіе, сопряженное съ чувствомъ страха, глубоко запечатлѣвается въ сознаніи больного, и повтореніе связанныхъ съ первоначальнымъ приключеніемъ непріятнаго ощущенія, представленія или даже положенія, снова вызываетъ появленіе пережитого тяжелаго состоянія. Первоначальная, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, и повторная неудача, которую потерпѣлъ неврастеникъ при попыткѣ преодолѣть свой страхъ, угнетаетъ остатокъ его, и безъ того, слабой воли, и парализуетъ ее при одной лишь мысли о возможномъ повтореніи тяжелаго положенія и дѣлаетъ больного неспособнымъ рѣшиться на такой шагъ, какъ напримѣръ, пройти пустынную площадь.

Здѣсь-же необходимо отмѣтить тотъ фактъ, что пацiенты не особенно охотно описываютъ врачу свои фобіи и другія психическія состоянія, между тѣмъ какъ съ величайшими подробностями разсказываютъ о своихъ физическихъ симптомахъ. Зависитъ это оттого, что состоянія страха не всегда поддаются ясному и понятному описанію и, кромѣ того, неврастеникъ, сознавая, что нѣтъ достаточныхъ разумныхъ основаній для появленія страха, не рѣшается о нихъ говорить.

Кромѣ агорафобіи, у неврастениковъ наблюдается еще цѣлый рядъ другихъ аналогичныхъ фобій. Сюда относятся случаи, при которыхъ аффекты страха появляются у больного въ томъ случаѣ, когда ему приходится быть въ маленькомъ закрытомъ помѣщеніи, напримѣръ, въ желѣзнодорожномъ купэ, или-же когда онъ, находясь въ многолюдномъ собраніи, театрѣ или концертѣ, чувствуетъ себя

лишеннымъ возможности въ любую минуту покинуть залъ (claustrophobia). Подъ monophobi'ей понимаютъ боязнь оставаться однимъ изъ опасенія, въ случаѣ удара или обморока, оказаться въ безпомощномъ положеніи. Сюда-же относится описанная Bouveret'омъ stasophobia, т. е. боязнь принять вертикальное положеніе. Эта фобія аналогична съ atremi'ей Neftel'я, при которой больной начинаетъ испытывать чувство страха, какъ только ему приходится покинуть кровать.

Всю большую группу фобій, связанныхъ съ представленіемъ пространства или ощущеніемъ его, соединяютъ подъ общимъ названіемъ topophobi'й (Binswanger). Эти топофобическія состоянія встрѣчаются у очень многихъ неврастениковъ, причемъ они могутъ наблюдаться втеченіе всей болѣзни, однако чаще они бываютъ временно, при ухудшеніи неврастеническаго состоянія, въ особенности при общей повышенной психической раздражительности.

Изъ другихъ фобій можно указать на nyctophobi'ю, или боязнь ночи; siderophobi'ю—боязнь молніи и бури, siderodromophobi'ю—боязнь ѣзды по желѣзной дорогѣ; zoophobi'ю—боязнь животныхъ, съ особымъ страхомъ передъ змѣями, собаками (lyssaphobia) или рогатымъ скотомъ (taurophobia), batophobi'ю — боязнь, чтобъ не обрушились высокія зданія, anthropophobi'ю—боязнь общенія съ людьми, обычно мотивируемую боязнью показаться смѣшнымъ вслѣдствіе какого-либо неловкаго движенія, покраснѣнія, поблѣднѣнія или вообще могущаго наступить замѣшательства. Боязнь покраснѣнія (erythrophobia) проявляется обыкновенно въ томъ случаѣ, когда больной находится въ обществѣ и думаетъ, что на него обращено вниманіе.

Проф. Бехтеревъ, по поводу указанной фобіи, написалъ цѣлый рядъ статей, причемъ въ первой изъ нихъ, подъ заглавіемъ „Боязнь покраснѣть, какъ осо-

бый видъ болѣзненнаго разстройства“, онъ говоритъ, что „за послѣднее время ему встрѣтились два случая болѣзненнаго состоянія, крайне заинтересовавшіе его, какъ по проявленіямъ самого заболѣванія, такъ и по поразительному сходству болѣзненныхъ симптомовъ даже въ отдѣльныхъ частностяхъ. Въ обоихъ случаяхъ больные прежде, чѣмъ пріѣхать за совѣтомъ, обратились къ проф. Бехтереву письменно, изложивъ и существенныя особенности своей болѣзни“.

Одинъ изъ больныхъ пишетъ проф. Бехтереву:

„Уже около 9-ти лѣтъ я страдаю однимъ недугомъ чисто нервнаго характера (теперь мнѣ 20 лѣтъ). Какъ только я появляюсь въ обществѣ нѣсколькихъ людей или даже одного человѣка (исключая пожалуй очень и очень мнѣ близкихъ людей), я очень часто краснѣю. Иногда все лицо заливаетъ такая краска, что я чувствую ея жаръ. Смотрѣть на это, какъ на результатъ простой застѣнчивости, невозможно: краска не появляется до тѣхъ поръ, пока я о ней не думаю. Стоитъ же въ обществѣ мнѣ о ней вспомнить, какъ я уже не въ силахъ сдержать ее. Что причина—въ нервахъ, ясно и изъ послѣдующаго: если я въ обществѣ, но при этомъ освѣщеніе таково, что краску мою въ случаѣ, если бы я покраснѣлъ, замѣтить вѣроятно было бы трудно (напр. вечеромъ на воздухѣ, или въ комнатѣ), то я не краснѣю; я могу тогда совершенно свободно выставлять себя на видъ, сосредоточивать на себѣ даже общее вниманіе и всетаки я спокоенъ: я ни за что не покраснѣю. Бываетъ (очень рѣдко впрочемъ), что я, находясь въ обществѣ и на время забывъ о своей несчастной особенности, говорю и дѣйствую, чѣмъ конечно сосредоточиваю на себѣ отчасти вниманіе окружающихъ и не краснѣю. Но бѣда не минуетъ, разъ я вспомню о своей особенности. Борьба не приводитъ въ 99 случаяхъ изъ 100 ни къ чему. Если же удается перенести свое вни-

маніе на разговоръ и отвлечься отъ собственнаго „я“ или, если происходитъ что либо поглощающее мое вниманіе цѣликомъ, тогда я спокоенъ. Доходитъ до того, что я часто не могу спокойно днемъ пройти по улицѣ.

Эта особенность дѣлаетъ мое положеніе среди людей очень фальшивымъ и, конечно, заставляетъ меня избѣгать ихъ. Мучительно это до крайности. Я становлюсь просто дикъ. Порой приходитъ съ отчаянія мысль покончить со всѣмъ разомъ! Вѣрьте, это искренно! я близокъ крайностямъ.

Мнѣ кажется, что въ моемъ случаѣ можно было бы примѣнить лѣченіе внушеніемъ съ помощью гипнотизма“.

Вышеизложенное проф. Бехтеревъ дополняетъ слѣдующими данными, добытыми путемъ разспросовъ больного. „Покраснѣніе ограничивается однимъ лицомъ и ушами и достигаетъ крайне рѣзкой степени, сопровождаясь чувствомъ прилива крови къ лицу и особеннымъ чувствомъ жара и напряженности въ лицѣ. Краснота появляется, какъ только больной входитъ въ общество; даже при обращеніи съ родными онъ не гарантированъ отъ появленія краски въ лицѣ. Вечеромъ при мракѣ, а также и въ то время, когда больной остается наединѣ, онъ никогда не краснѣетъ; даже намѣренное сосредоточеніе вниманія на появленіи краски въ лицѣ ее не вызываетъ. Предъ покраснѣніемъ обыкновенно является боязнь, что онъ вотъ-вотъ покраснѣетъ. Это продолжается до тѣхъ поръ, пока онъ дѣйствительно не покраснѣетъ. Съ наступленіемъ красноты больной нѣсколько успокаивается, но одно сознаніе, что онъ покраснѣлъ, что всѣ это замѣтили, приводитъ къ тому, что является вновь боязнь за то, что онъ опять покраснѣетъ, результатомъ чего вновь является краснота въ лицѣ. Послѣднее такимъ образомъ повторяется періодически чрезъ короткіе промежутки времени, вслѣдствіе чего положеніе больного въ обществѣ становится крайне мучительнымъ. Особенно не-

пріятно больному быть за столомъ въ большомъ обществѣ, гдѣ некуда скрыться. Самая краснота длится обыкновенно съ $^1/_2$ минуты и затѣмъ проходитъ совершенно до новаго приступа; но уши обычно остаются покраснѣвшими даже и въ промежуткахъ между приступами красноты.

Если больной дѣйствительно чѣмъ нибудь сконфуженъ, то онъ краснѣетъ безъ всякой предшествующей боязни, почти внезапно; но это нормальное покраснѣніе также нерѣдко служитъ поводомъ къ появленію боязни, что онъ можетъ вновь покраснѣть, вслѣдствіе чего онъ вскорѣ дѣйствительно краснѣетъ, но на этотъ разъ уже подъ вліяніемъ одной боязни. Надо замѣтить, что больной вообще человѣкъ не конфузливый и, когда освѣщеніе въ комнатѣ, гдѣ находится общество, недостаточное, то онъ можетъ обращаться со всѣми безъ малѣйшаго стѣсненія. До какой степени въ этомъ покраснѣніи играетъ видную роль психическій моментъ, ясно также изъ того, что, если больной чѣмъ нибудь отвлеченъ и забылъ о своемъ недостаткѣ, онъ уже гарантированъ отъ покраснѣнія; но какъ только онъ вспоминаетъ о своей наклонности, такъ сейчасъ же появляется краснота въ лицѣ. Той-же самой причиной объясняется и то обстоятельство, что больной въ присутствіи профессора ни разу не покраснѣлъ, по его объясненію, именно вслѣдствіе того, что онъ впередъ знаетъ, что его недостатокъ хорошо извѣстенъ; между тѣмъ незадолго передъ тѣмъ у проф. Бехтерева въ пріемной въ присутствіи другихъ онъ краснѣлъ неоднократно.

Слѣдуетъ еще упомянуть, что высокая внѣшняя температура обычно располагаетъ къ покраснѣнію, тогда какъ холодъ его ослабляетъ. Никакихъ другихъ явленій со стороны психической у больного не обнаруживается; объективно также нельзя отмѣтить ничего выдающагося. Чувствительность безъ измѣненій, сухожильные рефлексы нѣсколько

оживлены: особой раздражительности сосудодвигателей незамѣтно. Сердечная дѣятельность безъ измѣненій.

Этіологію заболѣванія больной не указываетъ. Его родители и ближайшіе родственники ни нервными, ни душевными болѣзнями не страдали. Болѣзнь, какъ упомянуто, длится уже около 9 лѣтъ. Первоначально покраснѣніе появлялось рѣже, потомъ оно стало появляться все чаще и чаще. Началась болѣзнь съ того, что онъ однажды покраснѣлъ при пустомъ поводѣ, когда его въ чемъ то стали обличать. Онъ подумалъ, что будетъ нехорошо, если онъ покраснѣетъ, и вслѣдъ за тѣмъ дѣйствительно онъ почти тотчасъ-же покраснѣлъ. Съ тѣхъ поръ покраснѣніе стало повторяться все чаще и чаще и притомъ безъ всякаго дѣйствительнаго повода.

Къ сожалѣнію при гипнотизаціи, на которую больной возлагалъ большія надежды, оказалось, что онъ спитъ лишь весьма слабо и потому внушенія не были дѣйствительны: лишь послѣ перваго сеанса больной въ теченіе одпихъ сутокъ сохранялъ увѣренность, что онъ не покраснѣетъ и дѣйствительно не краснѣлъ, но затѣмъ, когда сомнѣнія насчетъ дѣйствительности внушенія стали возрастать, покраснѣніе вновь стало появляться съ прежнею силою. Слѣдующіе сеансы гипноза оказались еще менѣе дѣйствительными по недостатку сна. Въ виду этого, назначивъ успокоительную терапію, проф. Бехтеревъ посовѣтывалъ больному—самому упражняться въ засыпаніи, производя въ это время самовнушенія о скоромъ излѣченіи отъ болѣзни и съ этимъ отпустилъ больного, спѣшившаго къ себѣ домой.

Письмо другого больного далеко не столь пространно, какъ перваго, но тѣмъ не менѣе и оно въ общемъ указываетъ на существенныя характеристическія особенности своеобразнаго болѣзненнаго состоянія. Больной пишетъ:

„Болѣе четырехъ слишкомъ лѣтъ я безъ всякой причины краснѣю въ лицѣ; явленія эти особенно усиливаются, когда я нахожусь въ обществѣ, разговариваю, особенно если смотрятъ мнѣ въ глаза, а также если случается проходить мимо людей и въ прочихъ случаяхъ.

За послѣднее время явленія эти все болѣе и болѣе усиливаются. Я не въ состояніи въ необходимыхъ случаяхъ объясняться съ кѣмъ бы желалъ и это непріятное явленіе, которое я всегда живо сознаю и ожидаю, окончательно разстраиваетъ меня, безъ того уже нервнаго человѣка.

Ранѣе мнѣ помогали спиртные напитки, но теперь это помогаетъ лишь въ моментъ ихъ дѣйствія; за то на слѣдующій день болѣзненное явленіе краснѣнія ощущается еще сильнѣе.

Благодаря этой болѣзни, у меня пропадаетъ всякая энергія и нравственная воля и положеніе становится невыносимымъ.

Я обращался къ врачамъ; нѣсколько разъ прибѣгалъ къ гипнозу, но не могъ заснуть, хотя убѣжденъ, что гипнозъ помогъ бы мнѣ.

При сеансахъ, что-то внутренное подсказывало мнѣ, что я не засну; такъ оно и происходило въ дѣйствительности.

Мнѣ 35 лѣтъ и я чувствую себя сравнительно здоровымъ.

Вотъ въ краткихъ чертахъ изложеніе моей немощи“.

Ясно, что и въ томъ, и въ другомъ случаѣ дѣло идетъ о своеобразномъ разстройствѣ, выражающемся покраснѣніемъ лица какъ разъ въ то время, когда это наиболѣе неудобно и нежелательно для больного.

Въ основѣ этого разстройства очевидно лежитъ психическій моментъ безпокойнаго ожиданія или страха, что покраснѣніе именно сейчасъ и наступитъ, какъ это мы наблюдаемъ и въ другихъ видахъ патологическаго страха.

Что это дѣйствительно такъ, доказываетъ то обстоятельство, что, когда больной отвлеченъ и совершенно забываетъ о своемъ разстройствѣ, покраснѣнія не наступаетъ. Равнымъ образомъ и вечеромъ, когда краска въ лицѣ не была бы замѣтна для другихъ и не могла бы такимъ образомъ стѣснить больного, ея возможное появленіе уже не безпокоитъ его и въ дѣйствительности покраснѣнія лица при этихъ условіяхъ не наступаетъ.

Такимъ образомъ не можетъ подлежать сомнѣнію, что болѣзненное состояніе того и другого изъ больныхъ должно быть отнесено къ одной изъ формъ патологическаго или болѣзненнаго страха, который въ данномъ случаѣ выражается въ совершенно особой, крайне своеобразной формѣ.

Что касается до патогенеза этого состоянія, то очевидно, что въ этомъ случаѣ, какъ и при обыкновенномъ покраснѣніи лица, дѣло идетъ о возбужденіи корковыхъ сосудорасширяющихъ центровъ, которые были описаны проф. Бехтеревымъ еще въ 1886 году.

Болѣе чѣмъ вѣроятно, что именно эти центры при извѣстныхъ психическихъ состояніяхъ приходятъ въ дѣятельное состояніе, выражаясь покраснѣніемъ лица и другихъ частей тѣла, напр. шеи, груди и пр.

Такимъ образомъ и въ этихъ патологическихъ случаяхъ ближе всего принять, что открытыя проф. Бехтеревымъ корковыя сосудорасширяющія области отличаются необычайной возбудимостью и приходятъ въ дѣятельное состояніе при малѣйшемъ, доносящемся до нихъ, психическомъ импульсѣ и во всякомъ случаѣ каждый разъ, когда вниманіе больныхъ направлено на возможное появленіе у нихъ краски въ лицѣ.

Французскіе врачи Pitres и Regis на послѣднемъ конгрессѣ французскихъ психіатровъ и неврологовъ въ Nancy сдѣлали сообщеніе объ особой формѣ заболѣванія,

которая выражается боязнью покраснѣть и которую они назвали ereuthophobie. Болѣзненное состояніе, о которомъ идетъ рѣчь, представляется очевидно тождественнымъ съ тѣмъ, которое проф. Бехтеревъ описалъ подъ названіемъ „Краснѣніе лица, какъ особый видъ болѣзненнаго разстройства" совершенно самостоятельно, не будучи ранѣе знакомъ съ сообщеніемъ авторовъ. Послѣдніе такъ же, какъ и Бехтеревъ, относятъ разсматриваемую болѣзнь къ особому виду болѣзненнаго страха, вызываемаго навязчивой идеей о возможности покраснѣть. По авторамъ боязнь покраснѣть повидимому спеціально свойственна мужскому полу, молодому возрасту, лицамъ съ наслѣдственною возбудимостью чувствованій, неврастеникамъ, вырождающимся и рѣдко истеричнымъ. Въ нѣкоторыхъ частяхъ это замѣчаніе согласуется и съ наблюденіями Бехтерева, такъ какъ наблюдаемые имъ больные были мужчины съ явными признаками повышенной возбудимости нервной системы, хотя наслѣдственности въ этихъ случаяхъ отмѣчено не было; что же касается возраста больныхъ, то въ одномъ изъ его случаевъ начало развитія болѣзни приходилось на 11 годъ, въ другомъ на 31 годъ.

Далѣе по авторамъ склонность краснѣть относится еще къ дѣтскому возрасту, но собственно боязнь покраснѣть начинается лишь послѣ развитія половой зрѣлости подъ вліяніемъ того или другого случайнаго повода. Въ одномъ изъ наблюденій Бехтерева болѣзнь также началась послѣ совершенно случайнаго момента и, кажется, это условіе вообще не лишено своего значенія въ развитіи болѣзни, хотя болѣзненное разстройство имѣетъ безъ сомнѣнія болѣе глубокія причины и лишь проявляется впервые при соотвѣтствующемъ поводѣ.

Проф. Бехтеревъ однако не можетъ согласиться съ мнѣніемъ Pitres'a и Regis, что болѣзнь развивается лишь

послѣ развитія половой зрѣлости, такъ какъ въ одномъ изъ случаевъ, какъ упомянуто, начало заболѣванія должно быть съ несомнѣнностью отнесено къ 11-лѣтнему возрасту.

Съ другой стороны, вопреки наблюденіямъ Pitres'a и Regis, въ случаяхъ Бехтерева, покраснѣніе не появлялось, если больные оставались наединѣ.

Непосредственной причиной покраснѣнія по авторамъ служитъ скрытая мысль и опасеніе покраснѣть, съ чѣмъ согласны и наблюденія проф. Бехтерева. При этомъ огромную роль играетъ опасеніе, что покраснѣніе будетъ замѣчено другими, такъ какъ въ темнотѣ и при плохомъ освѣщеніи больные обыкновенно не краснѣютъ. Pitres и Regis отмѣчаютъ также особенную тяжесть страданія, доводящую больныхъ до мысли о самоубійствѣ, и необычайное его упорство, что вполнѣ подтверждаетъ на основаніи своихъ наблюденій и проф. Бехтеревъ. Лишь въ одномъ случаѣ, связанномъ съ истеріей, авторы получили нѣкоторый результатъ съ помощью психотерапіи. Они полагаютъ, что больные могутъ себя избавить отъ страданія постояннымъ самовнушеніемъ. Бехтеревъ говоритъ по этому поводу, что, убѣдившись въ первомъ изъ своихъ случаевъ въ невозможности вызвать гипнозъ и сдѣлать соотвѣтствующее внушеніе, онъ также порекомендовалъ больному производить систематическое самовнушеніе противъ появленія мысли о покраснѣніи, но результаты этого совѣта за отъѣздомъ больного остались неизвѣстными.

Кромѣ указанныхъ случаевъ, проф. Бехтеревъ сдѣлалъ еще нѣсколько наблюденій того же самаго болѣзненнаго состоянія.

Одно наблюденіе относится къ молодому человѣку около 24 лѣтъ, средняго сложенія, умѣреннаго питанія. Мать его особа нервная и страдаетъ по временамъ сильными голов-

ными болями; остальные члены семьи здоровы. Въ юношествѣ лѣтъ съ 10—12 до 20 больной занимался онанизмомъ. Теперь жалуется на общую нервность, поясничныя боли и кромѣ того у больного уже давно, лѣтъ съ 12 или нѣсколько позже, обнаруживается боязнь покраснѣть. Отчего проявилась впервые эта боязнь, онъ не знаетъ, но онъ полагаетъ, что эта боязнь имѣетъ связь съ его онанизмомъ. Ему казалось, что человѣкъ, смотрящій пристально ему въ глаза, уже узнаетъ, что онъ онанистъ; онъ смущается и краснѣетъ. Это краснѣніе появляется лишь въ обществѣ, гдѣ больной почти постоянно краснѣетъ; внѣ общества, одинъ на одинъ онъ почти никогда не краснѣетъ. Лишь изрѣдка, когда онъ представитъ себя смущеннымъ среди общества, онъ покраснѣетъ и въ одиночествѣ. Краснота не появляется даже и въ обществѣ, если онъ сидитъ въ темнотѣ. Это состояніе его тяготитъ въ высшей степени и онъ чувствуетъ себя несчастнымъ и, желая скрыть покраснѣніе отъ своихъ знакомыхъ, онъ иногда прибѣгаетъ къ тому, что въ предвидѣніи покраснѣнія выходитъ на моментъ изъ комнаты, а затѣмъ, послѣ того какъ покраснѣніе уже появилось, онъ входитъ въ общество краснымъ, чѣмъ избавляетъ себя отъ вниманія къ себѣ со стороны другихъ. Кромѣ того больной заявляетъ о массѣ неврастеническихъ ощущеній. Объективно существенныхъ измѣненій нѣтъ.

Другое наблюденіе относится къ одному американцу изъ Нью-Іорка, который обратился къ проф. Бехтереву письменно за совѣтомъ по поводу его болѣзненнаго состоянія. Письмо это привожу дословно въ переводѣ:

„Сегодня въ мои руки попала статья Ньюіоркской городской газеты, въ которой говорится, что вы изучаете болѣзненное краснѣніе и его лѣченіе. Какъ благодѣтель страждущаго человѣчества, вы извините, что я обременяю васъ настоящимъ письмомъ, но возможность избавиться отъ вы-

шеназванной болѣзни, которой я страдаю, дала мнѣ смѣлость написать вамъ эти строки.

Мнѣ 34 года, я женатъ и веду довольно правильный образъ жизни. По своему занятію я управляющій большого ликёрнаго предпріятія. Будучи мальчикомъ, я краснѣлъ можетъ быть нѣсколько легко, но не иначе, какъ при смущеніи, теперь же я краснѣю, какъ только вступаю въ общество, напр., въ конторѣ при многихъ посѣтителяхъ, въ вагонѣ, или въ томъ случаѣ, когда кто-нибудь на меня пристально смотритъ и вообще повсюду, гдѣ я возбуждаю вниманіе многихъ лицъ.

Вслѣдствіе этого я всегда устраняюсь отъ общества, хотя въ послѣднемъ есть надобность по заведенію. Въ дѣлахъ я избѣгаю, если возможно, посѣщенія другихъ домовъ, хотя мнѣ это очень убыточно. Для меня—пытка большое общество за столомъ изъ боязни частаго краснѣнія. При приглашеніи въ общество, я устраняюсь совершенно отъ появленія и стараюсь сдѣлать это, если возможно, съ однимъ изъ соприглашенныхъ, чтобы вниманіе раздѣлилось. У своихъ родителей я не видѣлъ этого покраснѣнія, но оба они имѣли расположеніе къ приливамъ послѣ обильнаго обѣда и употребленія спиртныхъ напитковъ, хотя, какъ мои родители, такъ и я—ничуть не пьяницы. Я сдѣлалъ наблюденіе, что при ясной погодѣ и чистомъ воздухѣ (моя родина кстати сказать находится около 700 метровъ надъ уровнемъ моря) я краснѣю менѣе, нежели при мрачной погодѣ и дурномъ воздухѣ и что послѣ употребленія нѣсколькихъ стакановъ вина или немного водки я не испытываю никакой боязни за свой недугъ и становлюсь въ обществѣ простодушнымъ и занимательнымъ. Это средство я практикую, если я вынужденъ быть въ обществѣ, но уже на слѣдующій день состояніе снова дѣлается хуже“.

Далѣе слѣдуетъ просьба отвѣтить и дать совѣтъ.

По отношенію къ этимъ наблюденіямъ слѣдуетъ замѣтить, что картина болѣзненнаго разстройства въ обоихъ случаяхъ представляется совершенно стереотипною, какъ и въ ранѣе сообщенныхъ случаяхъ. И здѣсь въ основѣ болѣзненнаго состоянія лежитъ опасеніе покраснѣть и тѣмъ обратить на себя вниманіе другихъ; внѣ общества болѣзненное состояніе не появляется за исключеніемъ того случая, когда больной воображаетъ себя въ обществѣ смущеннымъ и такимъ образомъ какъ бы намѣренно воспроизводитъ свое болѣзненное состояніе. Въ темнотѣ, когда краснота не замѣтна для другихъ, она и не наступаетъ. Никакихъ навязчивыхъ идей у больныхъ не имѣется и, если бы они жили внѣ общества, то и не имѣли повода жаловаться на свое состояніе. Въ сущности ихъ состояніе правильнѣе понимать, какъ душевное волненіе въ видѣ безотчетнаго смущенія, появляющагося навязчивымъ образомъ каждый разъ при данныхъ внѣшнихъ условіяхъ и приводящаго къ покраснѣнію лица. Первый изъ приведенныхъ выше больныхъ такъ именно и опредѣляетъ непосредственную причину своего покраснѣнія; даже въ одиночествѣ ему достаточно представить себя смущеннымъ, чтобы появилась краска въ лицѣ. Съ теченіемъ времени, когда болѣзнь упрочивается и когда больной уже знаетъ особенности своего ненормальнаго состоянія, у него является опасеніе или боязнь, что онъ непремѣнно при данныхъ условіяхъ покраснѣетъ, и этого уже достаточно, чтобы вызвать приступъ смущенія и покраснѣнія лица.

Что касается неблагопріятной наслѣдственности, то она въ обоихъ случаяхъ была отмѣчена, хотя и не въ очень рѣзкой формѣ: въ первомъ случаѣ дѣло идетъ о нервной матери, во второмъ случаѣ о родителяхъ, склонныхъ къ приливамъ послѣ сытнаго обѣда и употребленія спиртныхъ напитковъ. Объ однообразной наслѣдственности въ томъ

смыслѣ, чтобы у родителей имѣлось то же самое заболѣваніе, до сихъ поръ еще не имѣется указаній ни въ одномъ изъ сообщенныхъ Проф. Бехтеревымъ наблюденій. Въ отношеніи возраста, на которомъ появилось это болѣзненное разстройство у наблюдаемыхъ больныхъ, слѣдуетъ замѣтить, что въ первомъ случаѣ оно появилось сравнительно рано, около 12—15 лѣтъ, во второмъ же случаѣ періодъ появленія этого болѣзненнаго разстройства остается неизвѣстнымъ, хотя въ сообщенныхъ свѣдѣніяхъ упоминается, что больной уже въ дѣтствѣ легко краснѣлъ при смущеніи.

Въ этіологическомъ отношеніи заслуживаетъ вниманія, что въ первомъ случаѣ мы имѣли дѣло съ онанизмомъ и по признанію самого больного этотъ порокъ не остался безъ непосредственнаго вліянія на развитіе болѣзни, такъ какъ ему казалось, что пристально смотрящій на него человѣкъ узнаетъ, что онъ занимается онанизмомъ, въ силу чего онъ смущается и краснѣетъ. Въ виду этого было бы весьма важно выяснить значеніе онанизма, какъ этіологическаго момента, въ развитіи другихъ случаевъ боязни покраснѣть. Заслуживаетъ также вниманія, что въ первомъ случаѣ мы имѣли дѣло въ то же время съ неврастеніей, развившейся быть можетъ также въ зависимости отъ онанизма. Вообще нужно имѣть въ виду, что боязнь покраснѣть часто развивается въ связи съ неврастеніей, хотя въ другихъ случаяхъ дѣло ограничивается лишь нѣкоторою впечатлительностью и нервностью.

Д-ръ A. Hoche высказываетъ взглядъ, что, такъ какъ въ основѣ боязни покраснѣть лежитъ навязчивая идея, то кажется излишнимъ пользоваться спеціальнымъ содержаніемъ этой идеи, какъ принципомъ выдѣленія особой формы или для созданія новаго чуждаго слова. Съ этимъ взглядомъ проф. Бехтеревъ не соглашается на томъ основаніи, что вышеуказанное состояніе не можетъ быть вполнѣ

приравниваемо къ навязчивымъ идеямъ, а представляетъ собою въ сущности душевное волненіе, являющееся навязчивымъ образомъ при извѣстныхъ условіяхъ и сопровождающееся появленіемъ красноты лица; самое же опасеніе или боязнь покраснѣть развивается здѣсь уже вторично, какъ результатъ болѣзни, хотя со временемъ уже появленія одной идеи о возможномъ покраснѣніи достаточно, чтобы вызвать смущеніе, а вмѣстѣ съ тѣмъ и красноту въ лицѣ. Проф. Бехтеревъ считаетъ даже, что вышеуказанная форма, благодаря своеобразной реакціи со стороны сосудодвигательной сферы, имѣетъ гораздо болѣе правъ на выдѣленіе изъ общей группы болѣзней съ навязчивыми идеями, чѣмъ, напр., Grübelsucht, Maladie du doute и др.".

При тѣхъ же условіяхъ, какъ и краснота лица при „боязни краснѣть", можетъ иногда у неврастеника наступить „навязчивая рвота" или „навязчивая улыбка", описанныя проф. Бехтеревымъ. Вотъ, что пишетъ о послѣдней Бехтеревъ:

„Въ послѣднее время автору встрѣтилось болѣзненное состояніе, которое, на его взглядъ, заслуживаетъ вниманія во многихъ отношеніяхъ. Дѣло идетъ о разстройствѣ, выражающемся неумѣстнымъ появленіемъ улыбки. Кто не знаетъ, что улыбка обычно составляетъ истинное украшеніе нашего лица; нерѣдко своею привлекательностью она замаскировываетъ даже тѣ или другіе недостатки въ чертахъ и складѣ лицевой части черепа. Но бываютъ болѣзненныя состоянія, когда улыбка не только не составляетъ украшенія лица, но, являясь совершенно неумѣстно въ то именно время, когда человѣку нужно сохранить свою серьезность, она составляетъ мучительное явленіе, которое въ высшей степени тяготитъ больного. Такую именно особенность представлялъ одинъ изъ больныхъ Бехтерева, 35 лѣтъ, учитель по профессіи, у котораго на ряду съ общими неврастеническими

особенностями обнаруживалось, между прочимъ, навязчивое появленіе улыбки при смущенномъ взорѣ. Описать это своеобразное состояніе мы предоставимъ самому больному, который въ переданной запискѣ изложилъ о своемъ состояніи между прочимъ слѣдующее:

„Мое нервное разстройство особенно обнаруживается въ вѣчно смущенныхъ, боязливыхъ горящихъ глазахъ и въ *непроизвольной улыбкѣ*. Это состояніе болѣе всего меня тревожитъ и безпокоитъ, дѣлаетъ жизнь невыносимой и безотрадной и служитъ главнѣйшимъ и постояннымъ источникомъ ипохондріи. Когда появилось то и другое опредѣлить трудно, такъ какъ эти патологическія состоянія даже и теперь трудно поддаются наблюденію и вполнѣ ясному опредѣленію. Помню, что еще въ дѣтствѣ я страдалъ застѣнчивостью. Достаточно было указать на меня, какъ на виновника какой-нибудь проказы или шалости, я тотчасъ мѣшался, краснѣлъ, хотя бы я совсѣмъ не участвовалъ въ ней. Упоминаніе о моей сутуловатости со стороны товарищей также служило постояннымъ для меня источникомъ стыда и застѣнчивости. Впрочемъ это скорѣе было временное состояніе, которое скоро проходило. Съ теченіемъ времени къ моему душевному состоянію присоединилась какая-то разсѣянность, а затѣмъ иногда *невозможность придать своему лицу серьезное спокойное выраженіе*. Правда, это были единичные случаи, не оставлявшіе въ сознаніи почти никакого слѣда и воспоминанія. Къ этому же времени относится и періодъ моей жизни, когда я занимался онанизмомъ. Онъ продолжался почти полтора года, приблизительно на шестнадцатомъ году. Передъ выходомъ изъ духовной академіи я сталъ заниматься своимъ здоровьемъ и читать по этому предмету нѣкоторыя руководства. Изъ нихъ я узналъ, что онанистъ рано или поздно сойдетъ съ ума, вслѣдствіе своего прирожденнаго характера и душевныхъ задатковъ (кажется у проф.

Тарновскаго). Эта мысль очень меня поразила, стала безпокоить и часто приходить на память. Съ поступленіемъ на службу застѣнчивость моя начала мало-по-малу увеличиваться. Желаніе скрывать свое болѣзненное состояніе и физическое и нравственное безобразіе породило стремленіе къ уединенію и боязнь обнаруженія того, что такъ тщательно я скрывалъ отъ другихъ. Вслѣдствіе этого появилось нравственное, угнетенное состояніе духа, которое никогда не покидаетъ меня. Застѣнчивость и боязливость увеличилась настолько, что я не могъ выносить чужого взгляда, вслѣдствіе чего сталъ носить черныя очки. Заботясь о своемъ здоровьѣ, я въ то же время бросилъ употреблять спиртные напитки и совершенно пересталъ курить табакъ. Около этого времени я перешелъ на службу въ другое мѣсто. Здѣсь у меня увеличилось количество занятій и здѣсь же черезъ годъ появилась та *навязчивая* улыбка, которая существуетъ и до настоящаго времени. Наблюденія надъ появленіемъ улыбки очень трудно формулировать. Эта невольная улыбка въ рязличное время появляется съ большею или меньшею силою и настойчивостью. Одинъ я вообще сохраняю спокойное естественное состояніе, но среди общества другихъ людей—иное дѣло. Идя по улицѣ и встрѣчая другихъ людей, я начинаю улыбаться. Мнѣ почему-то становится смѣшно, неловко, не по себѣ. Вхожу въ классъ—улыбаюсь, и чѣмъ болѣе стараюсь сдержать себя, тѣмъ явственнѣе и замѣтнѣе становится улыбка. Положительно нѣтъ силы сдержать себя и принять спокойное выраженіе лица. Достаточно кому-нибудь кашлянуть, какъ лицо начинаетъ подергивать и появляется улыбка. Прихожу въ церковь, становлюсь на молитву, и, думая, что на меня смотрятъ, я наклоняю голову и чувствую, что начинаю улыбаться. Мнѣ не смѣшно, а какъ-то неловко и вмѣстѣ досадно и непріятно. Вообще же трудно анализировать съ точностью это состояніе

непроизвольной улыбки, такъ какъ появленіе ее вполнѣ сознается, но вмѣстѣ и не поддается вліянію и усиліямъ воли остановить и уничтожить это непрошенное проявленіе „идіотизма". Не бываетъ улыбки или по крайней мѣрѣ ее можно легче сдерживать при сильной физической боли, напр. при болѣзни зубовъ, послѣ безсонной ночи, при ожиданіи крупной непріятности отъ человѣка, имѣющаго власть лишить куска хлѣба и вообще, когда нервы очень напряжены и возбуждены какимъ-нибудь внѣшнимъ обстоятельствомъ. Боязливость и смущенность взора существуютъ уже около восьми лѣтъ и не поддаются леченію.

Кромѣ указанныхъ болѣзненныхъ проявленій организма, можно еще указать на необычайную слезливость и на малое сопротивленіе организма пониженію температуры, а также на постоянно холодныя конечности тѣла и нѣкоторыя другія болѣзненныя состоянія, какъ, напр., на общій упадокъ силъ и слабость организма, на отсутствіе бодрости, энергіи и слабость памяти, выражающуюся, между прочимъ, забывчивостью самыхъ обыкновенныхъ словъ, какъ-то: земля, животныя, берегъ и т. п. Нерѣдко бываетъ даже трудно выговорить какую-нибудь букву въ словѣ, иногда произносится совсѣмъ не та буква, которая нужна, а бываетъ и такъ, что неожиданно (безсознательно) произносится цѣлое слово, къ дѣлу совершенно неотносящееся".

При разспросахъ Бехтеревъ могъ дополнить сообщаемыя больнымъ свѣдѣнія еще слѣдующими данными: его непрошенная улыбка, вообще, является тогда, когда именно она болѣе всего неумѣстна и ненужна, напр., при объясненіи съ начальствомъ, при встрѣчѣ съ знакомыми. Даже когда онъ завидитъ своихъ знакомыхъ издалека, у него появляется улыбка, причемъ сдерживаніе обыкновенно ни къ чему не ведетъ. Вообще при встрѣчѣ съ людьми улыбка появляется обязательно и сдержать ее больной не въ со-

стояніи. Когда больной заговоритъ, то она уменьшается и можетъ даже прекратиться, но затѣмъ является вновь. Когда больной чѣмъ-нибудь отвлеченъ, то улыбка исчезаетъ, но какъ только онъ вспомнитъ о ней, она тотчасъ же появляется вновь. Когда больной остается наединѣ, то у него навязчивой улыбки не появляется; безпокоитъ она его лишь при людяхъ. При этомъ больной не имѣетъ въ своемъ сознаніи ничего смѣшного, у него скорѣе возникаетъ какъ бы состояніе застѣнчивости, выражающееся въ его взорѣ и непроизвольной улыбкѣ, при чемъ это состояніе застѣнчивости, по его мнѣнію, является слѣдствіемъ измѣненія въ выраженіи глазъ. Больной припоминаетъ, что эта непроизвольная или точнѣе навязчивая улыбка у него обнаруживается уже давно. Еще въ школѣ, лѣтъ 20 тому назадъ, онъ помнитъ, что при выговорѣ со стороны начальства, у него, вмѣстѣ съ смущеніемъ, появлялась непроизвольная улыбка, за что онъ обыкновенно получалъ замѣчанія. Болѣе рѣзкимъ образомъ улыбка стала появляться, однако, лѣтъ 8 или 9 тому назадъ. Будучи учителемъ духовнаго училища, больной много испытываетъ неудобства и непріятностей отъ этого своего болѣзненнаго состоянія. Чтобы скрыть свое смущеніе при занятіяхъ съ учениками, онъ надѣлъ темные очки, а между тѣмъ улыбка съ очками, повидимому, еще болѣе усилилась. Во избѣжаніе конфуза больной привыкъ во время улыбки прикрывать нижнюю часть своего лица рукою и пытается сдерживать сокращающіяся мышцы разминаніемъ ихъ пальцами, что въ нѣкоторой степени ему удается. Когда онъ входитъ затѣмъ въ свою роль учителя, то ведетъ уже классъ исправно. При разспросахъ наслѣдственнаго расположенія обнаружить не удалось. Обыкновенно ничего существеннаго не замѣчается, исключая небольшого отклоненія языка въ правую сторону и нѣкотораго изглаживанія правой стороны лица.

Изъ предыдущаго ясно, что дѣло идетъ въ данномъ случаѣ о больномъ неврастеникѣ, у котораго навязчивымъ образомъ является состояніе застѣнчивости, выражающееся между прочимъ, улыбкой, которая его тяготитъ тѣмъ болѣе, что она, съ одной стороны, обнаруживаетъ его смущеніе, съ другой—является совершенно некстати, неумѣстно, какъ разъ въ то именно время, когда больному нужно сохранить полную серьезность въ выраженіи лица. Естественно, что такое состояніе крайне тяготитъ больного, отравляя все его существованіе.

Мы встрѣчаемъ здѣсь такимъ образомъ одинъ изъ видовъ навязчивыхъ душевныхъ аффектовъ, при которомъ никакихъ навязчивыхъ мыслей не имѣется, а развивается навязчивымъ образомъ лишь одно состояніе застѣнчивости, сопровождающееся улыбкой“.

Указанія на случаи erythrophobi'и мы встрѣчаемъ еще у Brassert'a, Weygandt'a, Попова, Германа и др.

Grasset и Rauzier приводятъ примѣръ патологическаго страха, наблюдавшагося у гемиплегика и выразившагося въ томъ, что больной совершенно не былъ въ состояніи ходить въ присутствіи посторонныхъ людей. Находясь у себя дома, паціентъ ходилъ какъ всякій гемиплегикъ, производя при этомъ характерныя для гемиплегіи движенія парализованной ногой: стоило же ему выйти на улицу, какъ имъ овладѣвалъ страхъ, при чемъ онъ краснѣлъ, задыхался парализованная его нога какъ бы кочепѣла, онъ не былъ въ состояніи ею двинуть и былъ принужденъ прибѣгнуть къ посторонней помощи, что бы не упасть. Въ комнатѣ, говорятъ Grasset и Rauzier, больной являлся простымъ гемиплегикомъ, на улицѣ же онъ производилъ впечатлѣніе человѣка, страдавшаго астазіей-абазіей. Во всякомъ случаѣ дѣло не идетъ объ обычной формѣ абазіи, а объ абазіи, вызванной стра-

хомъ показаться смѣшнымъ и привлечь на себя общее вниманіе своей гемиплегической походкой.

Изъ фобій, имѣющихъ близкое отношеніе къ anthrophobi'и, можно указать еще на неперенослпвость или боязнь чужого взгляда, описанную академикомъ В. М. Бехтеревымъ. Проф. Бехтеревъ говоритъ, „что при тяжелыхъ формахъ неврастеніи ему неоднократно приходилось встрѣчаться съ совершенно своеобразной непереносливостью чужого взгляда, выражавшейся тѣмъ, что такого рода больные не могутъ даже въ теченіе непродолжительнаго времени выдерживать взглядъ посторонняго человѣка и потому всѣми способами избѣгаютъ встрѣчи взглядовъ. Если вы съ ними бесѣдуете, смотря имъ въ лицо, они тотчасъ-же отворачиваютъ глаза въ сторону. Если вы имъ глядите прямо въ лицо, они тотчасъ-же потупляютъ свой взоръ и чувствуютъ себя крайне неловко. Непереносливость чужого взгляда въ этомъ случаѣ сознается обыкновенно и самими больными, которые часто не могутъ дать никакихъ объясненій въ отношеніи этого своеобразнаго симптома. Другіе объясняютъ его тѣмъ, что на нихъ чужой взглядъ производитъ какъ-бы магическое дѣйствіе, и они, повидимому, боятся подвергнуться гипнозу; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ больной объясняетъ непереносливость чужого взгляда тѣмъ, что его глаза могутъ показаться другимъ ненормальными и, что по нимъ, слѣдовательно, можетъ быть узнано его болѣзненное состояніе“.

Какъ примѣръ подобнаго состоянія, проф. Бехтеревъ приводитъ нѣсколько случаевъ (четыре), изъ которыхъ я я позволю себѣ привести два.

„Дѣло касается г. В., по профессіи, народнаго учителя, 27 лѣтъ, который обратился за совѣтомъ, съ жалобами, что онъ не можетъ переносить чужого взгляда. „Боязнь взгляда“, какъ онъ выражается, наступаетъ, по его словамъ, въ то

время, когда онъ замѣчаетъ, что на него обращаютъ вниманіе, напр. въ церкви, или когда онъ начинаетъ говорить въ своей школѣ. Въ такомъ случаѣ онъ испытываетъ волненіе, начинающееся ощущеніемъ щекотанія въ плечевыхъ областяхъ, появляется чувство слабости рукъ и ногъ, сердцебіеніе, ощущеніе подкатыванія шара къ горлу и наступаетъ общая дрожь, послѣ чего припадокъ разрѣшается обильной испариной. Продолжительность всего припадка около пяти минутъ. Первые признаки болѣзни появились около восьми лѣтъ назадъ. Больной сталъ первоначально испытывать какое-то неловкое чувство, когда на него смотрѣли во время письма. Затѣмъ, лѣтъ 6 назадъ, съ больнымъ случился первый припадокъ подъ вліяніемъ нравственнаго потрясенія. Однажды, во время занятій въ училищѣ, неожиданно пришелъ къ больному крайне непріятный, антипатичный для него человѣкъ. По словамъ больного, это на него такъ подѣйствовало, что отъ сильнаго волненія онъ задрожалъ съ головы до ногъ и нѣкоторое время не могъ говорить ни слова. Затѣмъ у него выступилъ потъ и онъ, успокоившись, могъ уже разговаривать. Со временемъ эти припадки стали повторяться при всѣхъ тѣхъ разнообразныхъ условіяхъ, которыя вызываютъ душевное волненіе. Особенно сильнымъ припадкамъ больной подвергался въ то время, когда онъ находился въ церкви или вообще въ публичномъ мѣстѣ и замѣчалъ, что на него смотрятъ; посѣщеніе начальства, посѣщеніе большихъ собраній и вообще всѣ тѣ случаи, когда приходится такъ или иначе обращать на себя вниманіе другихъ лицъ, служатъ поводомъ для развитія припадка. Напротивъ того, въ средѣ знакомыхъ, больной чувствовалъ себя спокойнѣе, особенно, если ему приходилось имѣть дѣло съ однимъ человѣкомъ. Равнымъ образомъ внѣ своей обычной обстановки, напр. при переѣздѣ въ Петербургъ, больной чувствовалъ себя

нѣсколько лучше, если не имѣлъ повода встрѣчаться съ людьми. Но при встрѣчѣ съ новымъ человѣкомъ, съ больнымъ всегда развивается припадокъ. Достаточно только взглянуть незнакомому человѣку на него, какъ съ нимъ наступаетъ волненіе, къ горлу подкатывается шаръ и появляется дрожь.

У больного имѣется наслѣдственное отягченіе: мать его нервная, чахоточная; отецъ здоровъ, но пилъ; сестра очень нервная; бабушка истеричная. Дѣтство больного прошло при неблагопріятныхъ условіяхъ, вслѣдствіе семейныхъ непріятностей. Истерическихъ припадковъ съ больнымъ никогда не было. Теперь онъ носитъ консервы, вслѣдствіе той-же болѣзни, такъ какъ онъ чувствуетъ себя неловко безъ нихъ, особенно при сильномъ освѣщеніи; въ комнатѣ онъ старается завѣшивать окна. Больной до такой степени разстраивается своею болѣзнью, что, въ настоящее время, лишенъ возможности исполнять обязанности народнаго учителя и вынужденъ искать для себя другого дѣла. Объективно никакихъ существенныхъ перемѣнъ, кромѣ нѣкотораго повышенія колѣнныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, не обнаруживается. Леченіе, за скорымъ отъѣздомъ больного изъ Петербурга, не могло быть произведено.

Другой изъ больныхъ, очень интеллигентный молодой человѣкъ, готовящійся занять каѳедру въ одномъ изъ нашихъ Университетовъ, явился къ Бехтереву на пріемъ съ жалобами, что онъ не можетъ переносить чужого взгляда и что это его сильно безпокоитъ въ виду той карьеры, къ которой онъ готовится. Черные глаза особенно для него непереносимы. По его словамъ, при взглядѣ на него другихъ у него тотчасъ же развивается смущеніе, вызываемое тѣмъ, что другіе будто бы могутъ по его глазамъ признать въ немъ больного человѣка. Смотря на другихъ лицъ, онъ будто бы находилъ иногда въ ихъ глазахъ не совсѣмъ нор-

мальное расширеніе зрачковъ или же особую неподвижность и упорство взгляда. Онъ признаетъ въ концѣ концовъ, что это ему только кажется, что на самомъ дѣлѣ этого нѣтъ, но что кажется ему такъ отъ его болѣзни, которая тотчасъ же узнается другими по его глазамъ. Взглядъ близкихъ и знакомыхъ ему лицъ онъ вообще переноситъ лучше, хотя все-же долго выносить его не можетъ. Само собою разумѣется, что это состояніе сильно тяготитъ больного, составляя обычный предметъ его внутренняго безпокойства.

Вотъ краткая записка, состовленная самимъ больнымъ о своемъ состояніи, которая отлично характеризуетъ его:

„Душевное безпокойство, которое я испытываю, вызывается исключительно непереносливостью взгляда. Когда я смотрю на кого-нибудь и вижу, какъ мнѣ кажется, неестественное выраженіе глазъ, я, какъ-то помимо воли, отвожу свой взглядъ и обыкновенно начинаю испытывать смущеніе.

Причина послѣдняго—сознаніе, что неестественность посторонняго взгляда мнѣ только кажется, и что, слѣдовательно, я боленъ, а это замѣтно другимъ, быть можетъ, потому, что именно мой то взглядъ и отличается ненормальностью.

И вотъ поэтому то я начинаю избѣгать взгяда окружающихъ, становясь вмѣстѣ съ тѣмъ крайне подозрительнымъ, т. е. иногда принимая на свой счетъ шепотъ и улыбки окружающихъ.

Понятно, что первоначальное легкое смущеніе развивается все болѣе и болѣе, переходя порою даже въ чувство ужаса передъ своимъ положеніемъ“.

Въ остальномъ кромѣ обычныхъ проявленій неврастеніи ничего особеннаго не обнаруживается.

Изъ объективныхъ явленій также ничего существеннаго не найдено. О родныхъ свѣдѣній не имѣется.

Необходимо замѣтить, говоритъ проф. Б е х т е р е в ъ, что больныхъ съ непереносливостью чужого взгляда нерѣдко

можно узнать и безъ особыхъ заявленій съ ихъ стороны, такъ какъ часто они скрываютъ свои глаза подъ темными консервами; въ противномъ же случаѣ при бесѣдѣ съ ними можно безъ труда замѣтить, что ихъ взоръ постоянно избѣгаетъ встрѣчи съ вашимъ взоромъ.

Нельзя не замѣтить, что вышеописанный симптомъ въ слабой степени представляется довольно распространеннымъ и встрѣчается вообще нерѣдко у нервныхъ людей; но въ болѣе рѣзкой степени симптомъ этотъ, повидимому, является достояніемъ тяжелыхъ неврастениковъ и съ этой стороны, конечно, заслуживаетъ особаго вниманія и изученія.

Спрашивается, въ чемъ коренится психологическая основа этого своеобразнаго болѣзненнаго явленія? Извѣстно, что „сглазъ" или порча отъ недобраго взгляда есть повѣрье крайне распространенное не только въ средѣ простого народа всѣхъ временъ и націй, но даже и въ интеллигентной средѣ нашего городского населенія. По мнѣнію проф. Бехтерева, въ этомъ воздѣйствіи взгляда однихъ лицъ на другихъ,—воздѣйствіи, вѣра въ которое является крайне распространенною, коренится скрытая или явная психологическая основа указаннаго своеобразнаго болѣзненнаго явленія, выражающагося непереносливостью, а иногда и настоящей боязнью чужого взгляда".

Часто у неврастениковъ можно наблюдать боязнь высокихъ мѣстъ, сопряженную съ ощущеніемъ головокруженія и страхомъ упасть съ вышины. У больныхъ этихъ появляется иногда чувство головокруженія уже тогда, когда смотрятъ внизъ изъ окна перваго этажа, или въ широкій конецъ театральнаго бинокля на окружающіе предметы, которые вслѣдствіе этого кажутся имъ въ значительномъ отдаленіи. Одна молодая дѣвушка,—неврастеничка, говорила (Weygandt): „я бы не хотѣла быть высокаго роста, такъ какъ испытывала бы головокруженіе, гляда на собственныя ноги"

Mysophobia или боязнь грязи и прикосновенія къ чему-либо съ сильнымъ страхомъ передъ ядами, въ особенности ярь-мѣдянкой и микробами, выражается тѣмъ, что подобные паціенты избѣгають дотрогиваться къ ручкамъ дверей, съ отвращеніемъ берутъ въ руки деньги, стараются не подавать знакомымъ руки, не дышать съ ними однимъ воздухомъ и постояннымъ умываніемъ рукъ силятся удалить заразныя начала и грязь, которую они повсюду видятъ.

Нѣкоторые больные доходятъ до такого состоянія, что начинаютъ бояться рѣшительно всего ихъ окружающаго (Pantophobia).

Особенно важную роль при неврастеніи играетъ страхъ передъ заболѣваніемъ или nosophobia. Испытывая цѣлый рядъ непріятныхъ субъективныхъ ощущеній, исходящихъ изъ различныхъ частей тѣла, неврастеникъ съ особеннымъ вниманіемъ къ нимъ прислушивается и путемъ самовнушенія приходитъ къ убѣжденію, что онъ боленъ какимъ-нибудь тяжелымъ и, въ большинствѣ случаевъ, неизлечимымъ страданіемъ. Страхъ, который при этомъ испытываетъ неврастеникъ, доводитъ его до полнаго отчаянія; уговариванія и увѣщеванія со стороны окружающихъ часто не приводятъ къ желаемой цѣли и иногда больной кончаетъ жизнь самоубійствомъ. Стоитъ однако непріятному субъективному ощущенію исчезнуть, или же уменьшиться въ своей интенсивности, какъ нозофобическія представленія также теряютъ свою силу. Паціентъ, становится спокойнѣе, начинаетъ относиться съ большей критикой къ анализу своихъ ощущеній и въ концѣ концовъ успокаивается окончательно. Часто можно наблюдать нозофобіи у молодыхъ врачей, которые проводятъ иногда большую часть дня въ разсматриваніи собственнаго тѣла, производятъ ежедневно анализъ мочи, испытываютъ ежеминутно свой колѣнный

рефлексъ и пріобрѣтаютъ фонендоскопъ, чтобы быть въ состояніи самимъ выслушивать свое сердце.

При нозофобіи особенно часто встрѣчается боязнь потерять разсудокъ и страхъ передъ сифилисомъ (syphilophobia) (Kiernan и др.). Боязнь сумашествія основывается на крайне непріятныхъ субъективныхъ ощущеніяхъ пустоты въ головѣ, иногда боли, трудности и вялости соображенія, ослабленія памяти и быстрой утомляемости при малѣйшемъ умственномъ трудѣ. Больной чувствуетъ, что въ недалекомъ будущемъ его умственныя силы окончательно ослабѣютъ, и что ему неизбѣжно предстоитъ быть помѣщеннымъ въ психіатрическое заведеніе. Нерѣдко неврастеники обращаютъ все свое вниманіе на сердце, легкія и спинной мозгъ, страшась заболѣванія одного изъ этихъ, важныхъ для жизни, органовъ.

Описаніе случаевъ нозофобій у неврастениковъ мы встрѣчаемъ у Riva, Hecker'a, Ingegnieros'a и многихъ другихъ авторовъ. Замѣчателенъ, между прочимъ, случай Ingegnieros'a. Дѣло касается молодого человѣка К., 19-ти лѣтъ. Мать больного была женщина истеричная, отецъ—человѣкъ очень нервный; одинъ изъ дядей страдалъ алкоголизмомъ; всѣхъ братьевъ было восемь, изъ которыхъ двое умерли, а шестеро были здоровы. Въ дѣтствѣ К. болѣлъ ангиной; тѣлосложенія былъ крѣпкаго и отличался хорошимъ развитіемъ умственныхъ способностей. Съ 13-тилѣтняго возраста, сопровождавшагося началомъ полового развитія, обнаружились рѣзкія измѣненія въ характерѣ К.: онъ сталъ часто грустить, ссорился и раздражался; бывалъ разсѣяннымъ во время занятій, съ трудомъ удерживалъ въ памяти сказанное учителемъ; школу началъ посѣщать неаккуратно и свелъ знакомство съ мальчиками весьма сомнительной нравственности. Съ 16-тилѣтняго возраста онъ сталъ предаваться усиленно мастурбаціи и половымъ изли-

шествамъ, а затѣмъ и алкоголизму. Къ этому же времени относится появленіе у К. симптомовъ неврастеніи. Семнадцати лѣтъ К. заразился триппeромъ, осложнившимся орхитомъ; боясь однако сифилиса, онъ сталъ подозрѣвать врача въ умышленномъ умалчиваніи опасности, угрожающей ему болѣзни. Страхъ передъ lues'омъ былъ столь великъ, что онъ всецѣло завладѣлъ больнымъ. К. накупилъ книгъ, въ которыхъ излагалась въ самыхъ мрачныхъ краскахъ опасность, которой подвергается всякій сифилитикъ, говорилъ лишь о сифилисѣ и былъ имъ однимъ исключительно занятъ. При изслѣдованіи К. врачемъ, обнаружился цѣлый рядъ неврастеническихъ симптомовъ. Предпринятое леченіе дало въ началѣ какъ бы утѣшительные результаты, при чемъ больному прибавилось вѣса въ 3 килогр. въ теченіи приблизительно одного мѣсяца. Черезъ нѣкоторое время вызванный къ паціенту Ingegnieros засталъ К. плавающимъ въ крови. Оказалось, что больной, съ цѣлью устранить окончательно появленіе полового влеченія и этимъ самымъ возможность зараженія сифилисомъ, кастрировалъ самъ себя имѣвшейся въ его распоряженіи бритвой. Послѣ соотвѣтствующихъ мѣръ, приведшихъ къ быстрому заживленію раны, К. сталъ постепенно, хотя и медленно, поправляться.

Кромѣ болѣзненныхъ страховъ болѣе или менѣе общаго характера, т. е. такихъ, которые при соотвѣтствомъ невропатическомъ предрасположеніи, въ частности неврастеніи, могутъ поразить всякаго вообще человѣка, имѣются (Бехтеревъ) болѣзненные страхи профессіональнаго характера, встрѣчающіеся иногда у лицъ, у которыхъ не удается обнаружить, внѣ приступовъ страха, какихъ либо существенныхъ разстройствъ въ дѣятельности нервной системы, кромѣ наблюдаемыхъ иногда общихъ неврастеническихъ проявленій, могущихъ быть далеко не рѣзко выражеными. Эти фобіи,

наблюдаются у лицъ опредѣленной профессіи и самымъ тѣснымъ образомъ связаны съ извѣстными условіями дѣятельности, входящей въ кругъ данной профессіи. Многія изъ профессій, какъ извѣстно, представляютъ собою въ дѣятельности лицъ, посвящающихъ себя данной профессіи, такіе моменты, которые, будучи связаны съ большой отвѣтственностью, сами по себѣ уже способны возбуждать нѣкоторое волненіе въ ихъ исполнителяхъ. Къ такимъ моментамъ относится, напримѣръ, у священника произношеніе тѣхъ или другихъ молитвословій, особенно же выходъ со святыми дарами, у чиновника—подпись отвѣтственныхъ документовъ, у учителя входъ въ классъ и т. п. Это волненіе у лицъ здоровыхъ, связанныхъ съ отвѣтственностью даннаго момента, бываетъ обыкновенно незначительно, часто совершенно незамѣтно для окружающихъ и легко подавляется самимъ лицомъ, которое въ такихъ случаяхъ обыкновенно быстро овладѣваетъ собою.

Не то бываетъ у лицъ, подверженныхъ болѣзненному страху профессіональной формы. Уже задолго до извѣстнаго момента, такой человѣкъ начинаетъ волноваться. Это волненіе наростаетъ вмѣстѣ съ приближеніемъ даннаго момента; развивается сильное сердцебіеніе, больной весь поглащается мыслью о возможной неудачѣ, могущей съ нимъ случиться въ данный моментъ и, въ концѣ концовъ, волненіе его становится столь сильнымъ, что самое выполненіе необходимаго дѣйствія въ данный моментъ бываетъ крайне тягостнымъ, вслѣдствіе охватившаго его волненія, которое выражется болѣе или менѣе рѣзкими объективными признаками въ видѣ дрожанія голоса, членовъ и всего тѣла, сильной блѣдности лица, усиленнаго сердебіенія и пр. Дрожаніе, обусловленное волненіемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигаетъ такой степени, что оно само уже затрудняетъ выполненіе обязанности, какъ, напримѣръ, держаніе св. чаши

у священника и пр., что повергаетъ больного въ еще большій страхъ за возможную неудачу въ выполненіи даннаго акта. Такъ, напримѣръ, священникомъ овладѣваетъ страхъ, когда ему предстоитъ произнесть поучительное слово. Въ этомъ случаѣ наблюдаются различныя явленія: одинъ боится говорить слово съ кафедры, другой при крещеніи, третій при обрядѣ бракосочетанія и т. д. Адвокатъ испытываетъ сильный страхъ при каждой, произносимой имъ, рѣчи. Учителемъ овладѣваетъ страхъ, когда ему приходится всходить на кафедру, между тѣмъ какъ самъ онъ любитъ свою дѣятельность и чувствуетъ себя совсѣмъ нормально, находясь вблизи первой скамьи. У врачей-неврастениковъ (Bertillon, Binswanger и др.) наблюдается страхъ, когда они должны поѣхать на практику или лечить больного, страдающаго какой-либо опредѣленной болѣзнью. Артисты теряются при поднятіи занавѣса и при видѣ освященной рампы (Lampenfieber — Krafft-Ebing). Иногда приходится имѣть дѣло съ паціентами, которые испытываютъ сильный страхъ при всякомъ выполненіи при людяхъ дѣйствій, связанныхъ съ ихъ профессіей (Binswanger); такъ, напримѣръ, артистъ, выступая въ концертѣ, — купецъ, при посѣщеніи биржи,—депутатъ, присутствуя въ народномъ собраніи и т. п. У женщинъ наблюдаются нерѣдко подобныя-же состоянія страха, связаныя съ опредѣленными домашними занятіями, напр., съ чисткой мебели и т. п.

Послѣ совершенія акта, связаннаго съ чувствомъ страха, больной обыкновенно тотчасъ-же успокаивается (Бехтеревъ) и чувствуетъ только сильное утомленіе, вслѣдствіе испытаннаго имъ страха и волненія. Нерѣдко послѣднее бываетъ столь значительнымъ, что больные, если есть къ тому возможность, стараются всѣми зависящими отъ нихъ средствами избѣгать волнующаго ихъ момента въ своихъ занятіяхъ, а, при невозможности избѣгнутъ его, совершенно

отказываются отъ выполненія своей обязанности и, въ концѣ-концовъ, вынуждены оставлять данный родъ занятій или свою службу.

Проф. Бехтеревъ обращаетъ вниманіе на одинъ болѣзненный страхъ, наблюдаемый у священнослужителей, который можно назвать: „боязнью великаго выхода". Для характеристики этого своеобразнаго болѣзненнаго страха авторъ приводитъ дословно записку одного священника, обратившагося къ нему за совѣтомъ по поводу его болѣзненнаго страха.

„Лѣтъ десять тому назадъ я отправлялъ свои священническія обязанности съ полною самоувѣренностью въ своихъ дѣйствіяхъ, не замѣчая никакой неловкости и стѣсненія, но потомъ мнѣ стало казаться, что или безъ надлежащей осторожности я могу неудобно взять сосуды, или во время хожденія зацѣпить покрышками сосудовъ за что нибудь. Я старался съ особеннымъ вниманіемъ относиться къ своимъ дѣйствіямъ. Но насколько я старался быть внимательнымъ къ своимъ дѣйствіямъ, настолько расло опасеніе за свои дѣйствія. Все сказанное проявлялось только тогда, когда мнѣ нужно было сдѣлать „великій выходъ"—вынести изъ алтаря приготовленные дары, остановиться, сказать молитву за царскую фамилію и возвратиться назадъ. Такъ какъ обѣ руки въ это время бываютъ заняты и одна другой не могутъ оказать помощи, то, во время пути и стоянія, меня стало угнетать чувство одиночества, безпомощности. Это чувство я старался побѣдить внушеніемъ себѣ самому, что опасности никакой нѣтъ, и усиліемъ воли мнѣ удавалось достигнуть того, чтобы мое внутреннее безпокойство не обнаруживалось. Когда я возвращался въ алтарь, то всякое безпокойство исчезало, я совершенно спокойно продолжалъ и оканчивалъ службу. Все время безпокойства ограничивалось 5-ю — 6-ю минутами; въ остальное время

служенія и домашнихъ занятій я чувствовалъ себя совершенно спокойнымъ. Съ теченіемъ времени безпокойство стало появляться уже ранѣе выхода и чѣмъ болѣе приближался выходъ, тѣмъ болѣе росло безпокойство; во время выхода мнѣ казалось, что съ плеча можетъ свалиться „воздухъ“ или платъ, лежащій на плечѣ, или же свалятся небольшіе платки, покрывающіе сосуды; появилась неувѣренность въ ногахъ и рукахъ, а затѣмъ и трясеніе то въ одной рукѣ или ногѣ, то въ другой. Мысль, что есть что-то ненормальное въ рукахъ и ногахъ, сдѣлалась неотступною; я не могу отвлечь себя отъ постояннаго наблюденія надъ ощущеніями въ рукахъ и ногахъ, и мнѣ кажется, въ нихъ чувствуется какой-то легкій, но между тѣмъ раздражающій зудъ. Этотъ зудъ чаще и сильнѣе чувствуется съ утра и слабѣе и рѣже къ вечеру. Уже три мѣсяца какъ я, по совѣту мѣстнаго врача, прекратилъ служеніе обѣдни, но улучшенія въ своемъ положеніи не замѣчаю; отъ одного представленія о совершеніи мною „великаго выхода“ на меня нападаетъ безотчетный страхъ. Указать точно время появленія болѣзни и причину ея появленія, я не въ состояніи“.

Нѣкоторые авторы, изучавшіе характеръ профессіональныхъ страховъ (Berillon, Luzzati и др.), сравниваютъ ихъ съ профессіональными судорогами, локализирующимися преимущественно въ мускулахъ, которые болѣе всего участвуютъ при выполненіи профессіональнаго занятія. Думается, будто и психо-неврозы обнаруживаютъ иногда наклонность къ профессіональной локализаціи, подобно тому какъ функціональныя судороги локализируются въ мускулахъ, служащихъ для выполненія той или другой спеціальной работы.

Въ практическомъ отношеніи довольно важной фобіей является еще (Krafft-Ebing) боязнь импотенціи. Наблю-

дается она весьма часто у конституціональныхъ неврастениковъ, повредившихъ себѣ къ тому-же въ значительной степени мастурбацiей. Неудача, испытанная ими при первой попыткѣ къ coitus'у, зависѣвшая отъ смущенія, сильнаго душевнаго волненія или раздражительной слабости половой сферы, вызываетъ, при всякой послѣдующей попыткѣ, чувство страха передъ новой неудачей и срамомъ и этотъ страхъ дѣйствуетъ задерживающимъ образомъ на процессъ эрекціи. Замѣчая это, больной теряетъ остатокъ спокойствія и самоувѣренности; у него является еще большій страхъ и въ дѣйствительности потентный больной оказывается какъ-бы импотентнымъ.

Ограничиваясь указаніемъ перечисленныхъ выше фобій, считаю необходимымъ замѣтить, что ими далеко еще не исчерпывается все то разнообразіе патологическихъ страховъ, съ которыми приходится встрѣчаться если имѣть дѣло съ неврастениками. Такъ, къ фобіямъ относятся androphobia или боязнь мужчинъ, gynecophobia—боязнь женщинъ, necrophobia—боязнь мертвыхъ; боязнь, сопряженная съ актомъ воспринятія пищи, примѣръ которой мы встрѣчаемъ у Hecker'a, боязнь дефекаціи, описанная Raymond'омъ и Janet'омъ, pyrophobia — боязнь огня, hematophobia—боязнь крови, phobophobia—или боязнь самаго страха и т. д. Многіе изъ наблюдавшихся патологическихъ страховъ до сихъ поръ еще не получили даже соотвѣтствующихъ названій.

Важность патологическихъ страховъ, какъ симптома, присущаго преимущественно неврастеніи, отмѣчалась неоднократно различными авторами. Такъ, напримѣръ, Stefani заявляетъ, что страхи невропатовъ и психопатовъ имѣютъ всегда основаніемъ неврастенію, и притомъ, какъ наслѣдственную, такъ и пріобрѣтенную. Точно также Поповъ, Троицкій, Ковалевскій и др. считаютъ, что патофо-

бія обычно развивается на почвѣ неврастеніи. Что касается мнѣнія Charcot, по которому фобіи, а также навязчивыя идеи развиваются почти исключительно на почвѣ вырожденія, то съ этимъ взглядомъ въ настоящее время весьма многіе авторы не согласны; защищаютъ этотъ взглядъ Ganser и нѣкоторые другіе. Шаткость указаннаго взгляда доказывается, между прочимъ, тѣмъ обстоятельствомъ, что неврастенія развивается иногда и у лицъ безъ всякаго наслѣдственнаго расположенія, сопровождаясь однако патологическими страхами. Проф. Поповъ говоритъ, что вырожденіе не служитъ необходимымъ этіологическимъ моментомъ для развитія патофобій, такъ какъ болѣзненные страхи могутъ развиться и въ теченіе пріобрѣтенной неврастеніи. Точно также и въ новѣйшее время Guido считаетъ, что, хотя страхи и навязчивыя идеи наблюдаются весьма часто при врожденной неврастеніи, тѣмъ не менѣе и, въ случаяхъ чисто пріобрѣтенной нервной слабости, т. е. развившейся безъ вліянія наслѣдственности и дегенераціи, могутъ наблюдаться состоянія страха.

Въ послѣдніе годы (Lalanne) явилось стремленіе выдѣлить изъ симптомовъ неврастеніи комплексъ такихъ симптомовъ, среди которыхъ болѣзненный страхъ стоитъ на первомъ планѣ и назвать его неврозомъ страха (la nevrose d'angoisse), (Kaan, Hacker, Freud). Кромѣ острыхъ приступовъ страха, являющихся характернымъ симптомомъ для указаннаго невроза, наблюдается при немъ цѣлый рядъ второстепенныхъ явленій, какъ то: разстройства сердечныя и дыхательныя, потѣніе, дрожаніе, приступы головокруженія, фобіи и навязчивыя мысли. Ввиду нѣкотораго отличія указанныхъ явленій отъ характерныхъ симптомовъ болѣзни Beard'a, Hartenberg считаетъ возможнымъ отдѣлить неврозъ страха отъ неврастеніи, удержавъ за послѣдней шесть классическихъ стигматовъ, предложенныхъ Charcot.

Однако Pitres и Régis (Lalanne) не думаютъ, чтобы неврозъ страха представлялъ собою особую болѣзнь: скорѣе мы имѣемъ дѣло съ синдромомъ (совокупностью симптомовъ), временно или постоянно выдѣляющимся на невропатическомъ, либо психопатическомъ фонѣ. Этотъ синдромъ страха можетъ присоединиться къ различнымъ болѣзнямъ, но особенно часто къ неврастеніи. Не отдѣляетъ неврозъ страха отъ неврастеніи и Ziehen.

B. Разстройства въ сферѣ представленія.

При неврастеніи, говоритъ Krafft-Ebing, приходится имѣть дѣло съ затрудненіемъ въ процессѣ представленія,— затрудненіемъ, обнаруживающимся въ апперцепціи, въ воспроизведеніи, въ способѣ сочетанія и комбинаціи представленій. Степень затрудненія можетъ достигать различной интенсивности, а именно отъ едва замѣтнаго ослабленія до полной задержки умственной дѣятельности.

Съ цѣлью опредѣленія, психометрическимъ путемъ, способности къ интеллектуальной работѣ конституціональныхъ неврастениковъ, Weygandt произвелъ соотвѣтствующіе опыты. Больные должны были въ теченіе опредѣленнаго времени производить сложеніе однозначныхъ цифръ, отмѣчая ежеминутно произведенную ими работу. Опредѣляя сдѣланное больнымъ въ каждую единицу времени, можно было получить „кривую работы“. У людей здоровыхъ обнаруживалось обычно увеличеніе продуктивности труда въ продолженіе перваго часа (или получаса), что объясняется постепеннымъ приспособленіемъ къ работѣ; по истеченіи же этого времени, по мѣрѣ появленія чувства усталости, продуктивность ихъ труда постепенно падаетъ. У конституціональныхъ неврастениковъ авторъ замѣтилъ рѣзкіе скачки въ производствѣ работы, которая, въ пяти минутный про-

межутокъ времени, обнаруживала колебанія отъ 50—100%. У людей, страдавшихъ пріобрѣтенной неврастеніей, продуктивность работы падала съ самаго-же начала опыта, и затѣмъ появлялось состояніе патологической усталости, исключавшее всякую возможность продленія упражненій.

Наблюдаемое у неврастениковъ затрудненіе въ интеллектуальной дѣятельности зависитъ, по всей вѣроятности, (Krafft-Ebing) отъ разстройства химическихъ процессовъ, совершающихся въ нервныхъ клѣткахъ, вырабатывающихъ второстепенные или недостаточные химическіе продукты, причемъ сверхъ того можетъ имѣть мѣсто препятствіе въ переходѣ потенціальной энергіи въ живую силу. Затрудненная интеллектуальная дѣятельность можетъ быть однако отчасти объяснена и психологическимъ моментомъ, а именно, наблюдающимся часто у неврастениковъ душевнымъ угнетеніемъ. При всемъ этомъ особаго вниманія заслуживаетъ то обстоятельство, что при болѣзни Beard'a встрѣчаются исключительно формальныя разстройства процесса представленія; болѣзненныхъ же измѣненій въ содержаніи представленій обычно не наблюдается, такъ что бредовыя идеи чужды картинѣ неврастеніи.

1. *Аномаліи апперцепціи.* Часто у больныхъ, страдающихъ церебральной формой неврастеніи, нарушается воспріятіе представленій въ ясное поле сознанія, т.е. нарушается, согласно Вундту, апперцепція, при чемъ превращеніе перцепціи въ апперцепцію, или переходъ чувственныхъ впечатлѣній въ воспріятія бываетъ затруднено и даже временно невозможно. Зависитъ это ослабленіе апперцепціи отъ недостаточнаго вниманія, направленнаго всецѣло на внутренніе болѣзненные симптомы, а также вообще отъ неспособности больного сосредоточивать вниманіе. Чаще однако имѣется на лицо психологическая причина, а именно: недостаточная возбудимость органа воспріятія вслѣдствіе истощенія его.

Въ легкихъ случаяхъ, отъ временнаго истощенія страдаетъ эпизодически только ясность и богатство воспріятій, что̀ быстро проходитъ послѣ соотвѣтствующаго отдыха; въ тяжелыхъ же случаяхъ (при торпидной формѣ церебрастеніи) дѣло доходитъ до душевной слѣпоты и глухоты вслѣдствіе утраты образовъ воспоминанія, запечатлѣнныхъ въ органѣ воспріятія. Больной читаетъ слова и слышитъ рѣчи, не понимая ихъ смысла, и по временамъ кажется совершенно лишеннымъ способности понимать все вокругъ него происходящее.

Особый видъ разстройства представляетъ собою недостаточная окраска самихъ по себѣ правильныхъ апперцепцій въ тотъ или иной чувственный тонъ. Больные жалуются, что всѣ впечатлѣнія доходятъ до нихъ неясными, затуманенными, какъ бы издалека, и воспринимаются ими смутно и неопредѣленно; слушая музыку, больные слышатъ лишь отдѣльные тоны и звуки, но уловить мелодію и получить цѣльное впечатлѣніе они не въ состояніи. Блѣдными и неопредѣленными часто кажутся также вкусовыя и обонятельныя ощущенія.

Общее чувство также можетъ быть лишено чувственной окраски, — тогда недостаетъ „ощущенія жизни". Больнымъ кажется, будто „душа отдѣлилась отъ тѣла" и будто они „умерли". Такъ какъ образы воспоминаній и внутри центральные процессы мышленія при этомъ туманны и безцвѣтны, то у подобныхъ больныхъ наблюдаются совершенно особыя измѣненія въ сознаніи собственной личности;—имъ кажется, что они совершенно не причастны къ дѣйствительной жизни, что они „бездушныя схемы"; а такъ какъ и прошедшее точно также безцвѣтно и трудно воспроизводимо, то больные находятся какъ-бы въ полусонномъ состояніи, смутно сознавая лишь настоящую минуту, не будучи въ состояніи обозрѣть свое прошлое существованіе и дать себѣ отчетъ въ важныхъ событіяхъ прошедшей жизни, при

чемъ дѣло можетъ дойти до нарушенія непрерывности сознанія собственной личности.

2. *Аномаліи воспроизведенія представленій.* На ряду съ временной потерей воспоминанія о цѣлыхъ событіяхъ прошедшей жизни, наблюдаются часто также dys—или amnesia относительно событій недавнихъ; этимъ обстоятельствомъ разстройство памяти приближается къ тѣмъ разстройствамъ воспроизведенія представленій, которыя наблюдаются при органическихъ болѣзняхъ мозга; и у неврастениковъ подобная утрата памяти является источникомъ постоянныхъ жалобъ и трудно устранимой основой, на которой зиждется ихъ опасеніе заболѣть прогрессивнымъ параличемъ.

Память бываетъ часто настолько ослаблена, что больной, разговаривая, во время произносимой имъ фразы, забываетъ ея начало и не въ состояніи удержать ее цѣликомъ въ памяти, вслѣдствіе чего неправильно ее кончаетъ (Heterophemia), или-же теряетъ нить разговора.

Изъ частныхъ амнезій обычно можно наблюдать у неврастениковъ недостаточное воспроизведеніе собственныхъ именъ, при чемъ въ болѣе легкихъ случаяхъ у больного въ памяти еще сохраняется нѣкоторый слѣдъ имени и онъ можетъ вспомнить, напримѣръ, начальную букву припоминаемаго слова; нѣкоторые больные съ трудомъ удерживаютъ въ памяти видѣнныя ими лица. Затрудненное воспроизведеніе зрительныхъ образовъ даетъ поводъ къ смѣшенію отдѣльныхъ личностей, а также и мѣстностей.

Какъ объ особенной категоріи разстройствъ памяти необходимо упомянуть еще объ обманахъ воспоминанія, состоящихъ въ томъ, что у человѣка, при новой встрѣчѣ или новомъ положеніи, появляется ощущеніе, какъ будто-бы онъ уже однажды переживалъ это-же самое положеніе. Встрѣчается эта обманчивость воспоминанія довольно часто у людей здоровыхъ въ психическомъ отношеніи, при состо-

яніяхъ однако легкаго утомленія и истощенія; довольно же часта она у неврастениковъ. Вполнѣ сохраняя сознаніе, больной, сомнѣваясь въ тождественности событія, испытываетъ тягостное для себя чувство неувѣренности. Въ основѣ подобныхъ обмановъ воспоминанія могутъ всего чаще лежать блѣдность впечатлѣній данной минуты, нѣкоторое ихъ сходство съ прежде испытаннымъ положеніемъ, а также и блѣдность воспоминательнаго образа. Въ отдѣльныхъ случаяхъ (Bianchi), иллюзіи памяти становятся крайне тягостными для больного, и во всей картинѣ болѣзни симптомъ этотъ выступаетъ на первый планъ.

Въ зависимости отъ невозможности точнаго и опредѣленнаго воспроизведенія, находятся, по всей вѣроятности, ошибки въ опредѣленіи времени событій, неправильная ихъ локализація въ прошедшемъ, при чемъ быть-можетъ, вслѣдствіе блѣдности воспоминаній, больные относятъ событія въ болѣе далекое прошлое, нежели они въ дѣйствительности имѣли мѣсто.

Изъ числа частныхъ амнезій заслуживаетъ еще упоминанія недостаточность воспроизведенія двигательныхъ представленій. Въ этомъ случаѣ дѣло можетъ дойти до того, что больной не въ состояніи болѣе производить привычныхъ движеній, связанныхъ съ его профессіей или ремесломъ; даже въ повседневной жизни такой больной съ замѣтной для окружающихъ неловкостью выполняетъ обычныя дѣла.

3. *Разстройства въ сочетаніи представленій.* Разстройства эти весьма разнообразны и важны. Обычно здѣсь наблюдается замедленіе и затрудненіе въ ходѣ идей, какъ проявленіе процессовъ торможенія, совершающихся въ психическомъ органѣ. При этомъ однако, отчасти играютъ роль и психологическіе моменты по-стольку, по-скольку нозофобическія мысли и непріятныя тѣлесныя ощущенія нарушаютъ свободное теченіе представленій, ограничивая его

узкимъ кругомъ идей о собственномъ здоровьѣ. Кромѣ того наблюдается еще разстройство способности сосредоточивать мысли на строго опредѣленномъ предметѣ. Безпрепятственному выполненію умственной работы мѣшаетъ не только то, что больной слишкомъ занятъ самимъ собою и своей болѣзнью, но и то, что онъ неспособенъ съ достаточной энергіей напрягать свое вниманіе и заниматься своимъ дѣломъ, не отвлекаясь всѣмъ вокругъ него происходящимъ. Принявшись послѣ отдыха съ энергіей за умственную работу, неврастеникъ быстро устаетъ, становится разсѣяннымъ, и дѣло легко доходитъ до появленія навязчивыхъ представленій, которыя его еще больше отвлекаютъ и окончательно ему мѣшаютъ сосредоточиться. Такъ, напримѣръ, больной не можетъ отдѣлаться отъ возникшаго внезапно въ его умѣ музыкальнаго мотива, отрывка прозы, стихотворенія и т. п. Ко всему этому присоединяются слабость апперцепціи и воспроизведенія, блѣдность впечатлѣній данной минуты, а также и образовъ воспоминанія. И вотъ исчезаетъ возможность образованія ясныхъ концептовъ, сравненій, критики, прочныхъ сужденій и умозаключеній. Этимъ объясняется недовѣріе больного къ правильности хода своихъ мыслей, къ вѣрности своихъ сужденій и умозаключеній, и неврастеникъ мучительно озабоченъ мыслью о томъ, не сдѣлана-ли имъ какая-либо погрѣшность, не забылъ-ли онъ исполнить важное дѣло и т. п., плохая-же память до крайности затрудняетъ контроль надъ всѣмъ имъ совершаемымъ, вслѣдствіе чего многіе подобнаго рода больные принуждены бываютъ для памяти все записывать самымъ тщательнымъ образомъ. Они приходятъ къ врачу съ цѣлымъ ворохомъ замѣтокъ, лишь-бы только ничего не забыть, и все-же весьма безпокоятся, что, упустивъ то или другое важное обстоятельство въ ходѣ ихъ болѣзни, они могли ввести въ заблужденіе врача.

Въ начальныхъ стадіяхъ воля еще можетъ до нѣкоторой степени преодолѣвать затрудненія въ механизмѣ мышленія. и нѣкоторыя лица,—истинные мученики неврастеніи, — изъ-за куска насущнаго хлѣба, дѣлаютъ неимовѣрныя усилія, чтобы, напр., оставаться на службѣ; послѣднее же возможно, такъ какъ ихъ умственныя силы достаточны: страдаетъ не качество, а лишь количество исполняемой ими работы. Это крайнее напряженіе силъ часто приходится имъ искупать полнымъ упадкомъ душевной энергіи, полной умственной отупѣлостью, которая исчезаетъ лишь послѣ весьма продолжительнаго и, къ тому, полнаго отдыха.

Рѣзче всего обнаруживается затрудненіе умственной дѣятельности при работѣ, требующей наличность фантазіи. Krafft-Ebing имѣлъ среди своихъ паціентовъ поэтовъ, музыкантовъ и художниковъ, произведенія которыхъ въ дни здоровья носили отпечатокъ высокихъ творческихъ способностей; въ началѣ церебрастеніи, произведенія ихъ отличались лишь посредственностью, а въ періодѣ сильнаго страданія, музы окончательно покидали своихъ избранниковъ. Лишь по истеченіи многихъ мѣсяцевъ, а иногда и лѣтъ, къ нимъ снова возвращалась прежняя творческая сила.

Предвѣстниками умственной отупѣлости нерѣдко у неврастениковъ наблюдаются состоянія обостренія процесса представленія, которыя можно назвать erethismus cerebralis или „эретизмомъ мозга“ (Emminghaus). Представляютъ они собою тягостныя состоянія раздраженія коры мозга, часто вызванныя такими раздражающими моментами, какъ, напр., концерты или оперы, на которыхъ вечеромъ присутствовали неврастеники; вынесенныя впечатлѣнія, ввидѣ пестрыхъ картинъ и звуковъ, воскресаютъ въ ночной тишинѣ и, овладѣвая вниманіемъ больного, препятствуютъ его сну. Въ другихъ случаяхъ бываютъ уже достаточны впечатлѣнія пережитого дня, которыя подобнымъ-же образомъ завладѣ-

ваютъ всецѣло неврастеникомъ и не даютъ покоя больному, столь нуждающемуся въ отдыхѣ.

Иногда дѣло можетъ дойти до настоящаго вихря идей, до быстрой, безпорядочной смѣны мыслей и картинъ, сопровождающейся тягостнымъ чувствомъ неспособности управлять ходомъ мыслей и ужаснымъ страхомъ лишиться разсудка.

4. *Насильственныя представленія.* Особый видъ формальнаго разстройства процесса представленія, развивающагося на почвѣ раздражительной слабости центральной нервной системы (неврастеніи), составляютъ *насильственныя представленія или навязчивыя идеи.*

Знакомство врачей (Корсаковъ) съ тѣмъ явленіемъ, которое называется навязчивыми идеями, началось давно, но оставалось довольно неопредѣленнымъ: знанія наши въ этомъ отношеніи начали расширяться лишь въ послѣднія 50 лѣтъ. Особенно много способствовалъ изученію относящихся сюда явленій знаменитый французскій психіатръ Morel, описавшій ихъ подъ именемъ délire émotif. Собственно же обстоятельное изученіе навязчивыхъ идей началось съ того времени, какъ нѣмецкіе психіатры Grisinger, Westphal и Krafft-Ebing сдѣлали вполнѣ опредѣленную ихъ характеристику. Само названіе навязчивыя идеи „Zwangsvorstellungen“ предложено Krafft-Ebing'омъ въ 1867 году, и принято большинствомъ нѣмецкихъ и русскихъ авторовъ. Русскій терминъ „навязчивыя идеи“ предложенъ проф. Балинскимъ. Французскіе писатели называютъ относящіяся сюда явленія „obsessions morbides“, „idées fixes“. Послѣднимъ терминомъ, впрочемъ, обозначаютъ не только простую навязчивую идею, но и внѣдряющуюся въ сознаніе бредовую идею.

Собственно по опредѣленію самаго Krafft-Ebing'а, насильственными представленіями можно назвать такія

представленія, которыя, помимо желанія больного, удерживаются въ его сознаніи слишкомъ долго и съ болѣзненною напряженностью; стоятъ они весьма близко къ фобіямъ. такъ какъ они также бываютъ соединены съ чувствомъ страха, могутъ повести къ бурнымъ аффектамъ и возобновляться при повтореніи опредѣленнаго положенія. Отличаются же навязчивыя идеи отъ фобій тѣмъ, что при нихъ первично возникаетъ въ сознаніи извѣстное представленіе, и страхъ будетъ лишь вторичнымъ—побочнымъ, а иногда и отсутствующимъ явленіемъ, которое, къ тому-же, удается избѣгнуть соотвѣтствующимъ навязчивымъ дѣйствіемъ.

„Дать понятіе о томъ, что такое навязчивая или насильственная идея (Корсаковъ), можетъ знакомый каждому фактъ, что, когда его что-нибудь заботитъ, то заботящая мысль не выходитъ изъ сознанія, не смотря на всѣ старанія. При болѣзненныхъ навязчивыхъ идеяхъ явленія бываютъ несравненно рѣзче, и обыкновенно идеи, заботящія больного, бываютъ сами по себѣ крайне мелочны, но поражаютъ несоразмѣрностью вліянія, которое онѣ имѣютъ на все существо больного, волненіемъ, которое онѣ вызываютъ, и значительностью той силы, съ которой онѣ, такъ сказать „обладаютъ“ всей его личностью“.

Что касается той почвы, на которой развиваются навязчивыя идеи, то, по мнѣнію Krafft-Ebing'а, у людей, томящихся ими, всегда удается открыть признаки раздражительной слабости центральной нервной системы, т. е. неврастеніи. То-же самое, по его мнѣнію, слѣдуетъ замѣтить и о тѣхъ извѣстныхъ еще физіологическихъ навязчивыхъ представленіяхъ или стремленіяхъ—броситься въ низъ съ высоты и толкнуть другого, –которыя овладѣваютъ нѣкоторыми людьми, когда они стоятъ на высокой башнѣ, на краю скалы и т. п.; такія идеи и импульсы всегда появляются при временномъ истощеніи нервной системы, напр. вслѣд-

ствіе чрезмѣрнаго умственнаго напряженія, безсонной ночи, недостаточной пищи и т. д., но исчезаютъ послѣ сытнаго обѣда и употребленія небольшого количества вина. Равнымъ образомъ и навязчивыя идеи у больныхъ различными нервными и психическими разстройствами развиваются, по мнѣнію автора, всегда на почвѣ неврастеніи и, затѣмъ, съ устраненіемъ признаковъ нервной слабости, исчезаютъ. Нерѣдко впервые наблюдаемое появленіе навязчивыхъ представленій въ нѣкоторые періоды жизни человѣка, связанные съ повышеніемъ возбудимости нервной системы, какъ напр. при беременности и лактаціи, кромѣ того и успѣхъ, достигаемый антиневрастеническимъ леченіемъ,—говорятъ въ пользу существованія тѣсной связи между неврастеніей и насильственными идеями.

Въ противоположность изложенному мнѣнію Krafft-Ebing'a, согласно которому, у человѣка страдающаго навязчивыми идеями, всегда удается открыть признаки неврастеніи, Möbius считаетъ, что эти идеи не присущи исключительно неврастеніи, а являются признаками вырожденія—stigmata hereditatis. Krafft-Ebing однако отвергаетъ это предположеніе и говоритъ, что навязчивыя представленія не служатъ обязательно признакомъ наслѣдственнаго вырожденія, т. е. stigmata hereditatis, такъ какъ они могутъ наблюдаться и при пріобрѣтенной нервной слабости. Особенно предрасполагаютъ къ этому половыя излишества, болѣе всего онанизмъ, затѣмъ—чрезмѣрное умственное напряженіе, въ особенности соединенное съ душевными волненіями, истощающія болѣзни и послѣ-родовой періодъ. Cordes, на основаніи своихъ наблюденій, указываетъ еще на продолжительныя желудочно-кишечныя разстройства и тучность, соединенную съ ожирѣніемъ сердца.

Въ настоящее время однако большинство авторовъ считаетъ, что насильственныя представленія развиваются не

исключительно на почвѣ неврастеніи или вырожденія, а могутъ наблюдаться вообще при различныхь психо-неврозахъ; невропатическая же наслѣдственность играетъ при этомъ весьма важную, но ничуть не исключительную роль.

Что касается ближайшаго повода къ появленію навязчивыхъ идей, то далеко не всегда удается отыскать его, и весьма часто онъ остается невыясненнымъ. Нерѣдко ближайшей причиной появленія навязчивыхъ идей служатъ внезапное нравственное потрясеніе, испугъ и т. п. Насильственныя представленія съ нозофобическимъ содержаніемъ, относящіяся къ собственному здоровью или благоденствію ближнихъ, могутъ явиться какъ результатъ чтенія популярныхъ медицинскихъ книгъ и статей. Неотвязчивыя мысли о самоубійствѣ или вообще объ убійствѣ могутъ быть слѣдствіемъ сенсаціонныхъ извѣстій о самоубійствахъ или преступленіяхъ, при описаніи которыхъ наша современная пресса старается входить въ мельчайшія подробности и по возможности дать наглядныя изображенія случившагося съ приложеніемъ соотвѣтствующей иллюстраціи.

Въ другихъ случаяхъ ближайшая причина возникновенія навязчивыхъ идей гнѣздится въ тѣлесныхъ процессахъ, какъ, напр., въ половыхъ возбужденіяхъ, въ состояніи организма, связаннаго съ менструаціями, вслѣдствіе чего могутъ возникнуть и фиксироваться въ сознаніи эротическія, а также и эквивалентныя имъ религіозныя или богохульственныя представленія. Часто однако навязчивыя идеи возникаютъ, подобно первичной бредовой идеѣ, изъ глубины безсознательной душевной жизни, безъ всякой ясной психологической или органической основы. Примѣромъ можетъ служить болѣзненное мудрствованіе, имѣющее своимъ предметомъ метафизическія, математическія или религіозныя темы, при чемъ весьма часто больному приходится рѣшать цѣлый рядъ совершенно ненужныхъ вопросовъ. Они пред-

ставляютъ собой типическія первичныя навязчивыя идеи, встрѣчающіяся у цѣлой массы людей, страдающихъ конституціональной,—наслѣдственно дегенеративной неврастеніей. Mendel, Ball (Weygandt) и нѣкоторые другіе авторы считаютъ, что слѣдуетъ принять два различныхъ типа этого рода резонеровъ: типъ метафизака и типъ реалиста. Первые задаютъ себѣ часто неразрѣшимые вопросы, касающіяся проблемъ міозданія, какъ напримѣръ: Почему мы существуемъ? Какова цѣль человѣчества? Почему существуетъ безсмертіе души? и пр., вторые задаютъ пустые вопросы, касающіеся окружающихъ ихъ предметовъ, какъ напримѣръ: Почему стулъ имѣетъ четыре ножки? Отчего люди, живущіе въ нижнемъ этажѣ, не имѣютъ ставней? Отчего не боятся они воровъ? Отчего листья зеленаго, а не синяго цвѣта? Почему человѣкъ можетъ ходить, отчего онъ не падаетъ, и что слѣдовало-бы сдѣлать, если бы кто нибудь упалъ? Кто можетъ упасть—молодой или старый, и пр. Подобные вопросы часто неразрѣшимы, тѣмъ не менѣе неотступно преслѣдуютъ больного и ставятъ его въ весьма мучительное положеніе. Подобныхъ примѣровъ болѣзненнаго мудрствованія въ литературѣ встрѣчается не мало, но я позволю себѣ привести только два изъ нихъ, описанные французскими психіатрами Legrand du Saulle'емъ и Бальярже и заимствованные мною изъ курса психіатріи С. С. Корсакова. Первый изъ этихъ случаевъ касается дѣвицы 24-хъ лѣтъ, извѣстной артистки, музыкантши, интеллигентной, живой, очень пунктуальной, пользующейся прекрасной репутаціей. Когда она находится на улицѣ, ее преслѣдуютъ такого рода мысли: „Не упадетъ-ли кто-нибудь изъ окошка къ моимъ ногамъ? Будетъ-ли это мужчина или женщина? Не повредитъ-ли себѣ этотъ человѣкъ, не убьется-ли до смерти? Если ушибется, то ушибется-ли головой или ногами? Будетъ-ли кровь на тротуарѣ? Если онъ сразу убьется

до смерти, какимъ образомъ я объ этомъ узнаю? Должна-ли я буду звать на помощь, или бѣжать, или прочесть „Отче нашъ“ или „Богородице дѣво радуйся“? Не обвинятъ-ли меня въ этомъ несчастіи? Не покинутъ-ли меня мои ученицы? Можно-ли будетъ доказать мою невиновность?“ Всѣ эти мысли толпой овладѣваютъ ея умомъ и сильно волнуютъ ее. Она чувствуетъ, что дрожитъ. Ей хотѣлось бы, чтобы кто-нибудь успокоилъ ее ободряющимъ словомъ; но „пока никто еще не подозрѣваетъ, что происходитъ въ ней“.

Другой случай касается больного, у котораго развилась потребность разспрашивать о разныхъ подробностяхъ, касающихся красивыхъ женщинъ, съ которыми онъ встрѣчался. Эта потребность являлась всегда, когда больной видѣлъ, гдѣ бы то ни было, красивую даму, и не поступить согласно потребности ему было невозможно, а съ другой стороны это было соединено, понятно, съ массой затрудненій. Мало-по-малу положеніе его стало настолько тяжелымъ, что онъ не могъ спокойно сдѣлать нѣсколько шаговъ по улицѣ. Тогда онъ придумалъ такой способъ: онъ сталъ ходить съ закрытыми глазами, а его водилъ провожатый. Если больной услышитъ шорохъ женскаго платья, онъ сейчасъ спрашиваетъ, красива-ли встрѣтившаяся особа или нѣтъ? Только получивъ отъ провожатаго отвѣтъ, что встрѣчная не красива, больной могъ быть спокоенъ. Такъ дѣло шло довольно хорошо. Но однажды ночью онъ ѣхалъ по желѣзной дорогѣ, вдругъ ему вспомнилось, что, будучи на вокзалѣ, онъ не узналъ, красива - ли особа, продававшая билеты. Тогда онъ будитъ своего спутника, спрашиваетъ хороша она, или нѣтъ? Тотъ, едва проснувшись, не могъ сразу сообразить и сказалъ: „не помню“. Этого было достаточно, чтобы больной взволновался настолько, что нужно было послать довѣренное лицо назадъ узнать. какова была нару-

жность продавщицы, и больной только тогда успокоился, когда ему сообщили, что она некрасива.

Grashey замѣчаетъ, что вопросы, задаваемые при болѣзненномъ мудрствованіи, напоминаютъ собою вопросы дитяти, находящагося на первой ступени своего умственнаго развитія, и указываютъ на потребность примѣнять или развивать свои мыслительныя способности.

Возникновенію и упроченію (Krafft-Ebing) насильственныхъ представленій у неврастениковъ способствуютъ: болѣзненная впечатительность больныхъ и пониженная мыслительная и волевая энергія, вслѣдствіе чего имъ бываетъ весьма трудно побороть навязчивую идею соотвѣтствующимъ, произвольно вызываемымъ, представленіемъ. Точно также благопріятствуетъ закрѣпленію насильственнаго представленія и его содержаніе въ томъ случаѣ, если оно имѣетъ своимъ предметомъ благополучіе близкихъ людей или основывается на непріятныхъ тѣлесныхъ ощущеніяхъ. Особенно вредно вліяетъ, присоединяющійся къ нѣкоторымъ насильственнымъ представленіямъ, страхъ,—боязнь, чтобы эта навязчивая идея не повела къ вынужденному дѣйствію, и чтобы вслѣдствіе этого не показаться страннымъ, смѣшнымъ, а иногда и не стать преступникомъ, вслѣдствіе чего является почти безпрерывное состояніе душевнаго возбужденія, вредно отражающееся на теченіи раздражительной слабости. Этотъ страхъ находитъ себѣ сильную поддержку въ томъ, что больной считаетъ себя человѣкомъ слабой воли, неспособнымъ ни въ тѣлесномъ, ни въ психическомъ отношеніяхъ противостоять опасности и не можетъ удержаться отъ навязчиваго дѣйствія: а вмѣстѣ съ тѣмъ больной думаетъ, что, выполнивъ то или иное дѣйствіе (вынужденное), онъ будетъ чувствовать себя значительно свободнѣе и спокойнѣе.

Вообще позволю себѣ замѣтить, что навязчивыя или вы-

нужденныя дѣйствія (Корсаковъ), относясь къ разстройству въ сферѣ воли, соотвѣтствуютъ тому, что (въ области разстройствъ интеллектуальной сферы) называется навязчивыми идеями или насильственными представленіями; и подобно тому, какъ тамъ мы имѣемъ дѣло съ идеями, неотступно преслѣдующими сознаніе, такъ здѣсь являются потребности, влекущія къ дѣйствію съ непреодолимой силой. Сознавая, что его влеченіе совершенно безсмысленно, больной однако часто не въ состояніи съ нимъ бороться. Къ счастью, навязчивыя влеченія носятъ вообще чаще невинный характеръ, какъ, напримѣръ, чувствуется потребность кивнуть головой, произвести какой-нибудь звукъ или, напр., стукнуть три раза вначалѣ каждаго дѣла, при входѣ въ комнату сдѣлать странныя, однообразныя движенія мускулами лица или ногой и т. п. Больной только тогда спокоенъ, если онъ продѣлалъ этого рода движенія. Если же этого не было, то онъ чувствуетъ себя такъ, какъ будто не исполнилъ священнѣйшаго долга, точно совершилъ какое-то преступленіе, которое нужно загладить.

Иногда навязчивыя идеи являются въ видѣ навязчивыхъ сомнѣній, причина возникновенія которыхъ, по мнѣнію однихъ авторовъ (Kaan), лежитъ въ слабости памяти неврастениковъ, по мнѣнію же другихъ—въ преобладаніи ассоціацій, основанныхъ на законѣ противоположенія или контраста (Mendel). Неврастеники, у которыхъ проявляются навязчивыя сомнѣнія (Krafft-Ebing), никогда не увѣрены въ томъ, дѣйствительно-ли ими правильно совершенъ тотъ или иной поступокъ; если же дѣло касается какого-нибудь важнаго или отвѣтственнаго дѣйствія, то больными овладѣваетъ крайне мучительное и непріятное чувство неувѣренности въ правильности исполненія соотвѣтствующаго дѣла. Съ цѣлью успокоиться и провѣрить, все-ли ими правильно сдѣлано, больные контролируютъ по нѣсколько разъ

каждый свой поступокъ; такъ, напр., больной постоянно спрашиваетъ себя, потушилъ-ли онъ свѣтъ, уходя изъ дому; причемъ, сомнѣваясь въ этомъ, возвращается обратно. Онъ сомнѣвается, не написалъ ли онъ въ письмѣ „нѣтъ“ вмѣсто слова „да“; бросилъ ли онъ письмо въ самый ящикъ, а не мимо него; запечаталъ ли онъ письмо, и ясно ли написалъ адресъ; заперъ-ли онъ хорошо кассу и дверь отъ квартиры; достаточно-ли тщательно вымылъ руки послѣ обращенія съ ядовитымъ веществомъ и не можетъ-ли этимъ причинить вредъ окружающимъ; заплатилъ-ли онъ въ дѣйствительности долгъ; не было-ли чего компрометтирующаго въ выброшенныхъ имъ бумагахъ; не сказалъ-ли или не сдѣлалъ-ли онъ чего либо смѣшного въ обществѣ и т. п. Всѣ эти сомнѣнія вызываютъ у больного рядъ вынужденныхъ дѣйствій: онъ встаетъ ночью, чтобы лишній разъ удостовѣриться, заперта-ли дверь; провѣряетъ свои бумаги, чтобы удостовѣриться, что онѣ на мѣстѣ, а не потеряны; спрашиваетъ окружающихъ, могутъ-ли они прочесть адресъ написаннаго имъ письма и находятъ-ли, что онъ достаточно ясно написанъ и пр. и пр. Лишь послѣ многократной провѣрки извѣстнаго факта, больной нѣсколько успокаивается, но не на долго, такъ какъ всякое дѣло, требующее памяти и увѣренности, снова повергаетъ его въ сомнѣніе и крайнее безпокойство. Вслѣдствіе всего сказаннаго, больные, по мѣрѣ возможности, избѣгаютъ отвѣтственныхъ дѣйствій, или же стараются при этомъ имѣть свидѣтелей. Они отмѣчаютъ и записываютъ все то, что такъ или иначе могло бы въ послѣдствіи послужить причиной сомнѣнія, и, благодаря этому, теряютъ совершенно непроизводительно много времени. Между тѣмъ всѣ принимаемыя ими мѣры предосторожности все-же не гарантируютъ ихъ отъ въ высшей степени тягостныхъ навязчивыхъ сомнѣній и отъ неувѣренности.

Крайне мучительны бываютъ навязчивыя мысли съ богохульнымъ характеромъ; больной, напримѣръ (Корсаковъ), хочетъ молиться, а въ это время у него въ сознаніе постоянно входитъ мысль о чемъ нибудь неприличномъ, циничномъ. Само собою разумѣется, это крайне непріятно для больного и заставляетъ его съ особеннымъ тщаніемъ сосредоточивать свое вниманіе на молитвѣ; но большею частью, чѣмъ усерднѣе онъ думаетъ объ удаленіи хульныхъ мыслей, тѣмъ онѣ становятся упорнѣе. Больной бываетъ вслѣдствіе этого принужденъ отказаться отъ молитвы, доходитъ до отчаянія и кончаетъ жизнь иногда самоубійствомъ.

Вообще содержаніе навязчивыхъ мыслей отличается крайнимъ разнообразіемъ (Бехтеревъ, Krafft-Ebing, Mendel, Weygandt, Strauss, Ventra, Tullio, Arcoleo, Bichebois и др). Одни лица, при видѣ особы другого пола, должны себѣ представить его половые органы; другіе все время бояться, чтобы не лишить себя жизни и тщательно стараются не видѣть и не трогать рѣжущихъ или колющихъ предметовъ; третьихъ преслѣдуетъ мысль, что они могутъ легко лишить жизни другого человѣка и, при томъ, часто близкаго и дорогого ихъ сердцу. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ, не безъ вліянія на возникновеніе навязчивой идеи, бываетъ чтеніе описаній, соотвѣтствующихъ случаевъ. Нѣкоторые больные испытываютъ сильное желаніе поджечь что-либо, или крикнуть въ театрѣ „пожаръ“, поцѣловать совершенно незнакомую женщину, ударить кого-либо по лицу и т. п. Особенно мучительно бываетъ для больного аритмоманія, при которой паціентъ принужденъ сосчитывать окна на протяженіи цѣлой улицы, число извозчиковъ, стоящихъ на площади, и вообще производить цѣлый рядъ совершенно ненужныхъ ариѳметическихъ выкладокъ. Мнѣ лично въ клиникѣ пришлось наблюдать молодого человѣка-неврастеника,

который лишь только оставался одинъ, долженъ былъ производить цѣлый рядъ безполезныхъ вычисленій: номера домовъ, извозчиковъ, фонарныхъ столбовъ и т. п. служили числами, надъ которыми онъ дѣлалъ то или другое ариѳметическое дѣйствіе. Вечеромъ, сидя въ своей комнатѣ, онъ мысленно высчитывалъ въ шагахъ ширину и длину комнаты, разстояніе между окнами и наиболѣе отдаленныхъ отъ него предметовъ. Въ кровати навязчивыя мысли также его не покидали, и, когда онъ поворачивался лицомъ къ стѣнкѣ съ цѣлью не видѣть и не считать предметовъ, у него тотчасъ появлялась потребность сосчитывать углы рисунковъ, изображенныхъ на обояхъ, всѣ выступы и углубленія. Только закрывъ глаза, онъ до нѣкоторой степени успокаивался, хотя, впрочемъ, и это не всегда ему удавалось, такъ какъ и въ этомъ положеніи ему нерѣдко припоминалось то или иное видѣнное имъ число (напр., на воротахъ дома) и онъ тотчасъ начиналъ производить надъ нимъ различныя математическія выкладки.

При onomatomani'и, больного преслѣдуетъ навязчивая мысль о томъ, что онъ долженъ узнать имя какого-нибудь лица, ему незнакомаго и совершенно его не интересующаго. Примѣромъ можетъ служить слѣдующій случай, приведенный M a g n a n'омъ и заимствованный изъ курса душевныхъ болѣзней п р о ф. К о в а л е в с к а г о. Купецъ, 40 лѣтъ, будучи временно въ Парижѣ, вычиталъ въ газетѣ о томъ, какъ одна дѣвушка, идя съ отцомъ по улицѣ, попала въ отводную трубу. Ее вытащили, и на томъ дѣло окончилось. Купецъ не зналъ ни семьи, ни дѣвушки и къ самому факту отнесся вполнѣ безразлично. Цѣлый день онъ не думалъ о немъ. Вечеромъ, вдругъ ему припомнилось это происшествіе во всѣхъ его деталяхъ, — забылъ онъ только имя дѣвушки. Отправившись спать, онъ все мучился желаніемъ припомнить это имя, но безуспѣшно. Онъ напрасно старался за-

снуть, и все ворочался подъ вліяніемъ точно насильственнаго побужденія. Его кортикальные центры какъ-бы требовали этого представленія. Безпокойство усиливалось. Явились сердцебіеніе и тоска. Онъ будитъ свою жену. Увидя мужа блѣднымъ, разстроеннымъ и покрытымъ потомъ, она въ испугѣ спрашиваетъ,—какое произошло несчастіе. Онъ разсказываетъ исторію, сознаетъ всю нелѣпость ея, — но вмѣстѣ съ тѣмъ плачетъ, стонетъ, бѣгаетъ по комнатѣ и все произноситъ: какъ ея имя, какъ ея имя... Вся ночь проведена была въ такомъ состояніи. Какъ только наступило утро, онъ бѣжитъ въ кафе, требуетъ вчерашнюю газету, читаетъ и узнаетъ, что ее зовутъ Жоржета. Этого было достаточно, чтобы онъ вполнѣ успокоился.

Крайне важнымъ въ практическомъ отношеніи, является вопросъ о томъ, приводятъ-ли къ вынужденнымъ дѣйствіямъ такія навязчивыя идеи, которыя имѣютъ своимъ содержаніемъ убійство,—другими словами можетъ-ли неврастеникъ совершить преступленіе подъ вліяніемъ соотвѣтствующаго насильственнаго представленія. Вообще, къ счастью, представленія эти рѣдко могутъ довести до совершенія преступныхъ дѣяній, хотя, впрочемъ, такія случаи наблюдались. Что же касается спеціально неврастениковъ, ихъ навязчивыхъ идей, то Krafft-Ebing замѣчаетъ, что медицинская литература, по вопросу о такъ называемой маніи убійства, доказываетъ, что нельзя привести ни одного случая, гдѣ насильственныя представленія, входящія въ рамки невроза, повели бы къ убійству. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ преступленіе было совершено, болѣзнь переступала границы невроза и имѣлось дѣло обыкновенно съ меланхоліей.

Что при простой неврастеніи съ навязчивыми идеями убійства—больной можетъ побороть свое влеченіе, объясняется по всей вѣроятности тѣмъ, что въ этомъ случаѣ т. е. у неврастеника (въ противоположность меланхолику)

имѣется лишь элементарное психическое разстройство при ненарушенномъ сознаніи. Особо важную роль въ этомъ отношеніи играетъ у неврастеника отсутствіе психической анестезіи. Правда, вслѣдствіе этого онъ и страдаетъ значительно сильнѣе меланхолика, психически анестетичнаго, но за то и черпаетъ изъ ненарушенныхъ своихъ отношеній къ ближнимъ могучія и всегда дѣйствительныя представленія, способныя противостоять навязчивымъ идеямъ.

Кромѣ всего сказаннаго о навязчивыхъ представленіяхъ неврастениковъ, необходимо еще замѣтить, что они на чувства, интеллектъ, волю, на вазомоторную, секреторную и мускульную систему больного иногда оказываютъ такое-же вліяніе, какъ и фобіи, т. е. вызываютъ чувство страха, спутанность мыслей, неспособность къ самостоятельнымъ дѣйствіямъ, спазмъ сосудовъ, сердцебіеніе, усиленное потоотдѣленіе, подкашиваніе ногъ, дрожаніе и т. п.

Въ заключеніе позволю себѣ еще разъ замѣтить, что, хотя насильственныя представленія неврастениковъ обычно и не ведутъ къ преступнымъ дѣйствіямъ, но во всякомъ случаѣ нужно помнить (Ковалевскій), „что въ легкихъ степеняхъ эти представленія могутъ служить обстоятельствомъ, смягчающимъ вину по меньшей мѣрѣ на двѣ степени (неврастенія),—въ тяжелыхъ же случаяхъ они могутъ служить поводомъ къ невмѣненію преступленія“, на чемъ, какъ было сказано выше, настаиваетъ Проф. Бехтеревъ.

С. Разстройства въ сферѣ воли.

Ослабленіе воли (abulia) является однимъ изъ весьма частыхъ симптомовъ неврастеніи и, какъ еще указывалъ Beard (Rivière), abulia эта отражается крайне гибельно на неврастеникахъ, благопріятствуя развитію въ нихъ страсти къ алкоголю и различнаго рода вреднымъ излишествамъ.

Ихъ энергія парализуется чувствованіемъ общей своей слабости и болѣзни, вслѣдствіе чего и способность и охота къ проявленію своей энергіи, въ видѣ той или иной дѣятельности, у подобныхъ больныхъ крайне ничтожна. Такіе люди становятся вялыми, нерѣшительными, безхарактерными и лѣнивыми; неувѣренность въ себѣ дѣлаетъ ихъ по временамъ столь несамостоятельными и робкими, что прежде, чѣмъ рѣшиться на тотъ или иной подчасъ безразличный поступокъ, они должны спрашивать совѣта другихъ, а для приведенія рѣшенія въ дѣйствіе имъ необходимо руководство посторонняго лица.

Вслѣдствіе утраты вѣры въ самого себя, въ свои силы и энергію, неврастеникъ иногда не рѣшается выступить на защиту своихъ священнѣйшихъ правъ. Такъ, Krafft-Ebing припоминаетъ случай, когда офицеръ-неврастеникъ, пользовавшійся до болѣзни безупречной репутаціей, не рѣшился смыть съ себя незаслуженно понесенное тяжелое оскорбленіе и рисковалъ быть исключеннымъ со службы товарищескимъ судомъ. Къ счастью, болѣзнь вскорѣ приняла благопріятный оборотъ и больной самъ сталъ удивляться, какъ онъ могъ отказываться отъ предложенной ему дуэли.

Разстройства рѣчи и письма.

Къ числу разстройствъ, встрѣчающихся сравнительно часто у неврастениковъ, необходимо отнести неправильности рѣчи. Предугадать существованіе этихъ аномалій уже возможно, основываясь на изложенныхъ нами выше отклоненіяхъ въ психической сферѣ больныхъ. Частое появленіе аффектовъ и разнообразнѣйшихъ фобій, разстройство въ сферѣ апперцепціи, памяти и сочетаніи представленій, не могутъ не отразиться на рѣчи, которая является посредницей мысли и служитъ выраженіемъ душевныхъ движеній, волненій и всего внутренняго міра человѣка.

Особенно рѣзко проявляются эти разстройства въ тѣхъ случаяхъ, говоритъ Krafft-Ebing, когда лицо, до заболѣванія неврастеніей, отличалось образностью рѣчи, ясностью изложеній и мѣткостью выраженій. Бывшій ораторъ теряетъ даръ слова, выраженія становятся туманными, рѣчь— медленной и иногда даже спотыкающейся. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, подъ вліяніемъ обуреваемыхъ ими страховъ, больные временно какъ бы совершенно теряютъ способность рѣчи и останавливаются на полусловѣ, теряя нить своихъ мыслей и не зная какъ закончить начатую фразу. Результатомъ можетъ явиться несоотвѣтствіе начала фразы ея концу. Подобное-же неправильное теченіе рѣчи можетъ наблюдаться не только подъ вліяніемъ сильныхъ аффектовъ, но и подъ вліяніемъ временной усталости,—истощенія мозговой коры.

Вслѣдствіе недостатковъ въ сферѣ памяти и сочетанія, представленій, больному стоитъ большихъ трудовъ и громаднаго напряженія—что-либо точно и подробно описать. Онъ начинаетъ употреблять слова, не имѣющія прямого отношенія къ интересующему его предмету, удаляется отъ намѣченной имъ темы и нерѣдко употребляетъ слова, имѣющія лишь звуковое сходство съ тѣми, которыя онъ хотѣлъ бы примѣнить. Подобныя обмолки являются крайне мучительны для больного, тѣмъ болѣе, что онъ ихъ прекрасно сознаетъ и самъ себя ловитъ на каждой ошибкѣ. Особенно трудно запоминаютъ и часто искажаютъ неврастеники имена собственныя.

Нерѣдко затрудненіе въ рѣчи больныхъ зависитъ отъ легкой утомляемости, голосовыхъ связокъ, и въ такихъ случаяхъ они начинаютъ говорить все тише и тише, и наконецъ, доходятъ до шопота.

На ряду съ указанными выше недостатками въ рѣчи неврастениковъ, у нихъ наблюдается еще одно интересное

явленіе, заключающееся въ образованіи новыхъ словъ. Вопросомъ о неологизмахъ неврастениковъ, занялись Sancte de Sanctis и Longarini. По мнѣнію авторовъ слова, вновь образуемыя неврастениками, было бы правильнѣе назвать псевдо-неологизмами, въ отличіе отъ неологизмовъ, встрѣчающихся преимущественно при первичномъ сумашествіи и рѣдко у маніаковъ. Чаще всего, говорятъ Sanctis и Longarini, псевдо-неологизмы употребляются больными въ тѣхъ случаяхъ, когда они стараются точно описать свое болѣзненное состояніе. Замѣчу между прочимъ, что, по мнѣнію Krafft-Ebing'а, неологизмы, въ строгомъ смыслѣ, суть въ сущности продуктъ безсознательной механики мозга, похожіе на то безпорядочное и безсмысленное сплетеніе звуковыхъ образовъ, которое можетъ замѣчаться, во время бодрствованія и сновидѣнія, у всякаго здороваго человѣка. Возникая часто изъ стремленія найти возможно подходящее слово для обозначенія какого либо не обычнаго субъективнаго ощущенія, слова эти, вполнѣ понятно, могутъ быть наблюдаемы у неврастениковъ, которые съ одной стороны нерѣдко испытываютъ дѣйствительно странныя, трудно поддающіяся описанію ощущенія, а съ другой стороны, всегда боятся быть не понятыми и потому съ наивозможной точностью и подробностями останавливаются на описаніи малѣйшихъ перемѣнъ, происходящихъ въ ихъ здоровіи.

Кромѣ разстройствъ рѣчи, нерѣдко у неврастениковъ можно наблюдать отклоненія въ письмѣ. Подобно разстройствамъ рѣчи, отклоненія эти могутъ зависѣть отъ различныхъ причинъ. Такъ, весьма существенную роль играетъ общее психическое состояніе больныхъ: ихъ легкая возбудимость, слабость памяти, неувѣренность въ самихъ себѣ и боязнь критики постороннихъ.

Просматривая письма неврастениковъ, часто можно наткнуться на крайне темныя и неясныя выраженія, на про-

пускъ слоговъ, словъ и на разнообразныя описки. Самъ больной, перечитывая написанное, также замѣчаетъ свои ошибки и описки, что дѣйствуетъ на него крайне удручающе. Боясь своихъ ошибокъ, неврастеникъ вообще старается по возможности меньше писать постороннимъ для него лицамъ.

Все это не можетъ не отразиться и на почеркѣ больного. Подъ вліяніемъ волненій, сопряженныхъ съ писаніемъ, почеркъ неврастеника становится крайне неувѣреннымъ—дрожащимъ. Иногда дѣло доходитъ до того, что больной не можетъ написать ни одной строчки, въ особенности въ томъ случаѣ, если кто-либо смотритъ ему на руки. Но и въ состояніи относительнаго покоя, почеркъ неврастеника иногда бываетъ неправильнымъ, угловатымъ и неувѣреннымъ, отличаясь во многомъ отъ почерка того-же лица въ здоровомъ состояніи. По мѣрѣ того, какъ здоровье больного улучшается, исправляется замѣтно и его почеркъ. Имѣя случай неоднократно наблюдать за неврастениками въ клиникѣ академика В. М. Бехтерева, я могъ съ полной для меня очевидностью убѣдиться, что во многихъ случаяхъ почеркъ является цѣннымъ показателемъ состоянія здоровья больныхъ.

Разстройства влеченій.

Къ числу обыденныхъ влеченій, присущихъ каждому живому существу, и весьма важныхъ въ жизни человѣка, необходимо отнести влеченіе къ пищѣ и влеченіе половое. Первое изъ нихъ ведетъ къ самосохраненію личности, второе—къ продленію его рода.

При больной психической жизни эти естественныя влеченія могутъ измѣняться, ослабѣвая, усиливаясь или обнаруживаясь въ извращенномъ видѣ. Въ частности, при не-

врастеніи, аномаліи во влеченіяхъ къ пищѣ, т. е. разстройства аппетита, составляютъ явленіе далеко нерѣдкое; выражается это разстройство обычно въ видѣ уменьшеннаго влеченія къ пищѣ, доходящее иногда до полнаго отсутствія аппетита (Anorexia). Зависитъ Anorexia отъ различныхъ причинъ: въ однихъ случаяхъ отъ гиперестезіи желудочныхъ нервовъ, служа частичнымъ проявленіемъ нервной диспепсіи, въ другихъ—носитъ характеръ рефлекторный, будучи обусловлена функціональными или органическими разстройствами въ половой сферѣ женщины и т. д. Чаще всего однако anorexia находится въ зависимости отъ причинъ психическихъ.

Какъ извѣстно изъ обыденной жизни, вліяніе, оказываемое психикой на аппетитъ даже у здороваго человѣка, громадно. Будучи въ хорошемъ расположеніи и чувствуя себя вполнѣ довольнымъ, человѣкъ можетъ съѣсть гораздо больше, чѣмъ въ тѣ дни, когда онъ мрачно настроенъ, взволнованъ или умственно утомленъ. Тѣмъ рѣзче обнаруживается вліяніе психики на аппетитъ у людей нервныхъ, къ каковымъ относятся неврастеники. Даже малѣйшее душевное волненіе, пишетъ Krafft-Ebing, можетъ у подобнаго рода больныхъ, вызвать на продолжительное время анорексію; иногда достаточно неврастенику вспомнить о первоначальной причинѣ, вызвавшей анорексію, какъ аппетитъ у него пропадаетъ. Если же больной страдаетъ какими-либо диспептическими разстройствами, дающими о себѣ знать послѣ пріема пищи, то для него наступленіе обѣденнаго часа, или мысль о ѣдѣ, парализуетъ всякое стремленіе къ пищѣ. Будучи принужденъ обѣдать за общимъ столомъ, такой больной становится истиннымъ мученикомъ, терзаемый мыслью, что онъ не будетъ въ состояніи съѣсть предлагаемаго, что наступитъ отрыжка или же рвота, случайно когда-то у него бывшая, что съѣденное

имъ принесетъ ему вредъ и т. п. Всѣ эти мысли настолько пугаютъ больного, вызываютъ столь рѣзкія рефлекторныя явленія, что дѣйствительно, въ концѣ концовъ, можетъ наступить отрыжка и рвота, дѣлающія совмѣстную ѣду невозможной. Вообще, во многихъ случаяхъ, упорная анорексія неврастениковъ является частичнымъ проявленіемъ общаго ихъ психическаго угнетенія и, до нѣкоторой степени, аналогична тому отсутствію аппетита, которое наблюдается у людей здоровыхъ подъ вліяніемъ различныхъ болевыхъ ощущеній, или же подъ вліяніемъ пониженнаго выдѣленія желудочнаго сока. Во всякомъ случаѣ при подобнаго рода анорексіи, играютъ роль, быть-можетъ, въ наличности не имѣющіяся, но нѣкогда бывшія диспептическія разстройства, страхъ передъ возвратомъ которыхъ понижаетъ аппетитъ и вызываетъ упадокъ питанія. Этотъ видъ анорексіи, говоритъ Krafft-Ebing, составляетъ переходъ къ другому роду потери аппетита, которую Stiller назвалъ „Anorexia nervosa gravis“, а Huchard—„Anorexia mentalis“.

Сущность послѣдней заключается въ томъ, что извѣстное лицо, вслѣдствіе отсутствія аппетита, или же, только благодаря полному равнодушію къ принятію пищи, такъ мало обращаетъ вниманіе на свое питаніе, что доводитъ себя до значительной степени похудѣнія и полнаго истощенія. Къ счастью, подобные случаи наблюдаются довольно рѣдко и Krafft-Ebing, въ своей практикѣ отмѣтилъ это явленіе лишь у двухъ мужчинъ и восьми женщинъ. Наблюдается преимущественно Anorexia mentalis въ юношескомъ возрастѣ, у лицъ съ невропатической наслѣдственностью. Главное вниманіе обращаетъ на себя то обстоятельство, что при этомъ химизмъ отдѣленія желудочныхъ соковъ и перевариваніе совершенно нормальны; факторами же, вызывающими и поддерживающими данный видъ анорексіи, являются моменты исключительно психическіе.

Предрасполагающими моментами, при возникновеніи Anorexia mentalis, служатъ, кромѣ наслѣдственнаго расположенія, ошибки воспитанія, въ особенности слишкомъ снисходительное отношеніе къ разборчивости дѣтей въ пищѣ, вслѣдствіе чего у нихъ постепенно развивается своего рода идіосинкразія по отношенію къ цѣлому ряду весьма полезныхъ и необходимыхъ питательныхъ веществъ. Нерѣдко оказываетъ при этомъ вліяніе также и внушеніе со стороны нервныхъ родителей или родственниковъ, которые во время ѣды позволяютъ себѣ критиковать, въ смыслѣ пользы или вреда, подаваемыя къ столу кушанья. Глядя на старшихъ и дѣти становятся все болѣе и болѣе разборчивыми и, изъ боязни вреда для здоровья, уменьшаютъ свое меню до минимума.

Но на этомъ дѣло еще не кончается: нѣкоторыя изъ подобныхъ лицъ, случайно лишившись на короткое время аппетита вслѣдствіе какого-либо душевнаго волненія, и слыша отъ постороннихъ, что вредно ѣсть, если ѣсть не хочется, еще болѣе суживаютъ свое меню, ограничивая его чаемъ, кофеемъ, яйцами въ смятку и сухарями, и при томъ въ такомъ количествѣ, чтобы только не умереть отъ голода. Къ подобнымъ-же результатамъ приводитъ иногда и ни на чемъ не основанная боязнь слишкомъ пополнѣть и стать въ глазахъ другихъ смѣшнымъ и уродливымъ.

Съ теченіемъ времени, какъ частичныя проявленія общаго тяжелаго разстройства питанія, выступаютъ нарушенія со стороны желудочно-кишечнаго тракта: продолжительные запоры, цѣлый рядъ диспептическихъ явленій и даже рвота. Рвота эта однако—почти безъ исключенія искусственная и вызывается тѣмъ, что лицо, ставши крайне гиперестетичнымъ къ малѣйшимъ раздраженіямъ, испытываетъ, послѣ принятія пищи, цѣлый рядъ тягостныхъ субъективныхъ ощущеній и тошноту, которая заканчивается рвотой, вы-

званной однако чисто психическимъ путемъ, либо при помощи вложеннаго въ ротъ пальца.

Понявъ всю опасность своего положенія, до котораго они себя довели, такіе больные, вслѣдствіе ослабленія воли, не въ состояніи самостоятельно изъ него выйти. Если явившійся врачъ, не понявъ истиннаго положенія дѣла, сочтетъ поводомъ болѣзни язву желудка или какія-либо другія органическія причины; если близкіе люди раздражаютъ больного, читаютъ ему наставленія во время ѣды и т. п. и если больной продолжаетъ оставаться при своихъ обычныхъ занятіяхъ,—то можетъ наступить такой сильный упадокъ питанія, который наблюдается только при раковомъ суженіи привратника.

Будучи однажды приглашенъ въ подобномъ случаѣ на консультацію, Krafft-Ebing нашелъ пацiента въ состояніи астенической спутанности. Больной, 28-милѣтній мужчина, вѣсилъ 32 kg. По выздоровленіи онъ вѣсилъ 62 kg.

По мнѣнію автора, леченіе въ подобныхъ случаяхъ, въ особенности въ начальныхъ стадіяхъ заболѣванія, даетъ по большей части весьма хорошіе результаты. Заключается леченіе преимущественно въ психическомъ воздѣйствіи на больного и основано на томъ, что врачъ своимъ авторитетомъ преодолѣваетъ страхъ пацiента передъ ѣдой и постепенно укрѣпляетъ его ослабленную волю. Само собой понятно, что больной долженъ при этомъ оставаться въ постели и не покидать ея до тѣхъ поръ, пока не прибавится вѣса на извѣстное число kg.

Особенно полезно бываетъ примѣненіе усиленнаго кормленія. Первое время врачу приходится прямо таки заставлять больного ѣсть, а иногда даже и кормить насильно. Въ одномъ случаѣ пришлось примѣнить даже кормленіе зондомъ, ввиду того, что больной чувствовалъ себя слишкомъ утомленнымъ отъ глотанія и жеванія. Покоряясь усиленному

кормленію. паціенты обыкновенно считаютъ себя людьми, жизнь которыхъ находится въ величайшей опасности, и крайне удивлены, когда, по прошествіи нѣсколькихъ дней, они не только живы, но и начинаютъ себя лучше чувствовать и у нихъ начинаетъ прибывать вѣса. Бояться, что усиленнымъ кормленіемъ можетъ быть больному причиненъ вредъ, не слѣдуетъ, такъ какъ, при Anorexia mentalis, химизмъ пищеваренія совершается вполнѣ правильно.

Въ очень запущенныхъ случаяхъ, можетъ однако наступить смерть. По этому поводу Krafft-Ebing припоминаетъ случай, касающійся двухъ молодыхъ женщинъ, изъ которыхъ одна погибла отъ быстротечной чахотки, другая вслѣдствіе неудержимой рвоты.

Вообще же нужно помнить, что, въ періодъ истощенія больного, всякое осложненіе острой болѣзнью, можетъ повести къ смерти.

Кромѣ уменьшеннаго влеченія къ пищѣ вообще, у неврастениковъ нерѣдко наблюдаются еще и различнаго рода идіосинкразіи. Больные утверждаютъ, что они абсолютно не переносятъ того или другого пищевого вещества, ввиду его крайне вреднаго дѣйствія на ихъ организмъ. Идіосинкразіи эти—также психическаго происхожденія и основаны на самовнушеніи, или на случайномъ совпаденіи временнаго нездоровья съ принятіемъ какой-либо извѣстной пищи; при этомъ однако нерѣдко первоначальная причина, послужившая основаніемъ для развитія идіосинкразіи, забывается больнымъ.

Въ противоположность описанному нами состоянію, характеризующемуся ослабленіемъ аппетита, у неврастениковъ наблюдается иногда явленіе противоположнаго свойства, а именно, усиленное влеченіе къ пищѣ (bulimia). Объясняется подобное состояніе различными авторами различно. Stiller смотритъ на это явленіе, какъ на гиперестезію нервовъ, управляющихъ чувствомъ голода; Розенталь объясняетъ

его, гиперестезіею желудочныхъ центровъ блуждающаго нерва. Krafft-Ebing говоритъ, что bulimia обусловливается часто явленіями паралгій въ желудкѣ (зудъ, грызеніе) и нерѣдко находится въ связи съ мучительными разстройствами въ сферѣ общаго чувства, проявляющимися ощущеніемъ приближающагося обморочнаго состоянія и надвигающейся опасности. Характерны, по мнѣнію автора, для подобныхъ состояній приступы безпокойства, ужаса и страха, которые овладѣваютъ больными въ томъ случаѣ, если ихъ чувство голода немедленно не удовлетворяется. Стоитъ больному поѣсть, какъ онъ совершенно успокоивается.

Довольно много мѣста описанію булиміи неврастениковъ удѣляетъ въ своей работѣ Riesman. Онъ пишетъ, что у нѣкоторыхъ неврастениковъ, въ различное время дня, но не послѣ ѣды, появляются приступы значительной слабости и даже обмороки. Въ особенности это бываетъ послѣ мускульныхъ напряженій и продолжительныхъ умственныхъ занятій. У другихъ больныхъ преобладаютъ при этомъ симптомы рѣзкаго возбужденія. То обстоятельство, что подобныя состоянія слабости всегда бывали сопряжены съ чувствомъ голода, привели автора къ предположенію, что эта слабость зависитъ отъ повышеннаго влеченія къ пищѣ. Предположеніе это подтвердилось на дѣлѣ, такъ какъ принятіе пищи сразу-же прекращало всѣ явленія.

Naecke наблюдалъ двухъ неврастениковъ, у которыхъ рѣзко выраженная булимія проявлялась, между прочимъ, тѣмъ, что больные съ жадностью набрасывались на пищу, плохо ее жевали, послѣ чего наступала отрыжка, и все заканчивалось рвотой; впослѣдствіи развилась у этихъ больныхъ жвачка, вызванная очевидно желаніемъ утолить голодъ. Такъ какъ жвачка, въ данномъ случаѣ, не зависитъ отъ суженія pylorus'а, а была вызвана булиміей, развившейся на неврастенической почвѣ, то авторъ считаетъ воз-

можнымъ отнести жвачку къ рѣдкимъ симптомамъ неврастеніи.

Не всегда однако болѣзненный голодъ, служащій причиной припадковъ слабости, ясно ощущается неврастениками. Benda передаетъ, что у подобныхъ больныхъ часто появляются состоянія большой слабости, сопровождающіяся блѣдностью лица, дрожаніемъ, давленіемъ въ головѣ, холоднымъ потомъ и головокруженіемъ. Припадки эти бываютъ болѣе ими менѣе сильны и сопровождаются изрѣдка ощущеніемъ голода. Въ тѣхъ однако случаяхъ, гдѣ голодъ не ощущается, онъ все-же, по мнѣнію Benda, служитъ причиной слабости, только чувство это, какъ это часто бываетъ у неврастениковъ, не доходитъ до ихъ сознанія. Пріемъ пищи устраняетъ припадки, изъ чего слѣдуетъ, что питаніе должно быть частое, но не обильное.

Что голодъ неврастениковъ, иногда ими не сознаваемый, можетъ послужить основаніемъ для возникновенія описанныхъ выше припадковъ, доказывается, между прочимъ, слѣдующимъ случаемъ, мною наблюдавшимся въ клиникѣ. Дѣло касается молодого человѣка, студента, страдавшаго хотя и не тяжелой, но ясно выраженной неврастеніей. Этотъ больной еще въ самомъ началѣ леченія заявилъ, между прочимъ, что у него иногда,—въ теченіи дня,—появляются приступы общей слабости, дрожанія и т. п. Замѣтивъ однако, что послѣ ѣды указанныя явленія значительно улучшались, или совершенно проходили, больной, какъ человѣкъ интеллигентный, сдѣлалъ выводъ, что причиною припадковъ служитъ, по всей вѣроятности, голодъ, имъ не сознаваемый. Чтобы убѣдиться въ этомъ, больной сталъ въ продолженіи дня чаще ѣсть, послѣ чего, къ своему удовольствію, замѣтилъ, что припадки слабости совершенно прошли.

Подобно измѣненію влеченій къ пищѣ, у неврасте-

никовъ наблюдается также измѣненіе влеченія къ напиткамъ; въ случаѣ уменьшенія этого влеченія, мы нерѣдко находимъ у больныхъ вялость стѣнокъ желудка, и констатируемъ шумъ плеска. Въ сущности, замѣчаетъ Krafft-Ebing, такіе больные мало пьютъ не потому, что у нихъ отсутствуетъ соотвѣтствующее желаніе, а почти исключительно съ цѣлью избѣгнуть тягостныхъ ощущеній, вызываемыхъ жидкостью при наличности атоніи и диспепсіи.

Гораздо чаще однако, чѣмъ adipsia, у неврастениковъ наблюдается polydipsia, т. е. повышенное влеченіе къ напиткамъ. Развивается оно въ однихъ случаяхъ на почвѣ нервной, въ другихъ же—на почвѣ психической. Примѣромъ послѣдняго можетъ служить polydipsia, развивающаяся у нѣкоторыхъ лицъ подъ вліяніемъ непріятнаго чувства сухости въ глоткѣ и связаннаго съ нимъ страха. Иногда неврастеники поглащаютъ большое количество жидкости, надѣясь избавиться отъ своей болѣзни, такъ какъ по наслышкѣ имъ стало извѣстнымъ, что усиленіе мочеотдѣленія нерѣдко приноситъ пользу при неврастеніи.

У нѣкоторыхъ больныхъ наблюдается иногда усиленная потребность въ такихъ вкусовыхъ веществахъ, какъ, напр., алкоголь, табакъ и т. п. Поводомъ къ этому служатъ, по всей вѣроятности, тѣ пріятныя ощущенія, которыя сопряжены съ употребленіемъ указанныхъ выше веществъ. Замѣтивъ, что послѣ пріема извѣстнаго количества водки, самочувствіе временно поправляется и неврастеническія тяготы отходятъ какъ бы на задній планъ, больной, по собственному соображенію, а иногда и по указанію врача, начинаетъ систематически употреблять спиртные напитки. Понятно, что нервная система, постепенно привыкая къ этому, начинаетъ требовать все большихъ и большихъ количествъ алкоголя, вслѣдствіе чего можетъ, въ концѣ концовъ, развиться хроническая дипсоманія. Замѣчу, что такимъ

путемъ развившаяся дипсоманія, которая съ полнымъ правомъ носитъ названіе алкогольной полидипсіи, поддается, какъ въ этомъ я могъ убѣдиться, крайне трудно излеченію. Видя въ водкѣ единственное средство, хотя временно освобождающее ихъ отъ цѣлаго ряда мучительныхъ неврастеническихъ ощущеній, неврастеники жадно за нее хватаются, и заставить ихъ отказаться отъ спиртныхъ напитковъ—гораздо труднѣе, нежели всякаго другого алкоголика. Улучшеніе же неврастеническихъ симптомовъ, могущее вмѣстѣ съ тѣмъ благотворно повліять на алкогольную полидипсію, парализуется самой полидипсіей больныхъ, такъ что передъ нами является какъ бы заколдованный кругъ.

Подобно привычкѣ къ алкоголю, у нѣкторыхъ больныхъ развивается привычка къ морфію, кокаину, никотину и тому подобнымъ веществамъ, что̀, въ концѣ концовъ, ведетъ къ хроническому отравленію больныхъ.

Одинъ изъ паціентовъ Krafft-Ebing'а, мучимый всевозможными страхами, поглащалъ невѣроятное количество пильзенскаго пива и ставши подъ конецъ алкоголикомъ погибъ отъ хроническаго воспаленія почекъ. Этотъ неврастеникъ не могъ спокойно заснуть до тѣхъ поръ, пока на его ночномъ столикѣ не стояло нѣсколько бутылокъ пива. Въ противномъ случаѣ, испытывая мучительный страхъ, онъ не былъ въ состояніи уснуть.

Кромѣ разстройствъ аппетита у неврастениковъ, большой практическій интересъ имѣетъ наблюдаемое у нихъ разстройство въ сферѣ половыхъ влеченій. Въ этомъ отношеніи можно отмѣтить усиленіе или ослабленіе этого чувства; что касается извращеній полового влеченія, которое ведетъ къ ненормальному способу удовлетворенія полового чувства, то оно не присуще чистымъ формамъ неврастеніи, и относится больше къ области психической, обычно наслѣдственной дегенераціи.

Въ большинствѣ случаевъ неврастеніи, половое влеченіе больныхъ оказывается пониженнымъ, при чемъ это пониженіе является обыкновенно частичнымъ проявленіемъ общей слабости организма. Попытки къ coitus'у при этомъ бываютъ неудачны ввиду недостаточности эрекціи. Не слѣдуетъ однако полагать, что это пониженіе безсмѣнно на лицо; по временамъ наблюдаются сильныя вспышки полового чувства, которыя вызываютъ даже пріапизмъ. Пріапизмъ у больныхъ можетъ однако наступать и при отсутствіи всякаго полового возбужденія, и Krafft-Ebing говоритъ, что въ послѣднемъ случаѣ онъ даже встрѣчается чаще, въ особенности при цереброспинальной формѣ неврастеніи; является онъ чисто спинальнымъ неврозомъ, нерѣдко весьма упорнымъ, особенно тогда, когда онъ существуетъ одновременно съ явленіями раздраженія мочевого пузыря. Въ такихъ случаяхъ, пріапизмъ бываетъ сопряженъ съ чувствомъ боли и лишаетъ больного ночного покоя.

Въ легкихъ случаяхъ неврастеніи, продолжаетъ Krafft-Ebing, половая жизнь не затрогивается. Временами при половой ея формѣ, можетъ наступать состояніе похотливости, которое однако выражется больше въ возникновеніи сладострастныхъ представленій, нежели въ стремленіи къ удовлетворенію половыхъ потребностей. Затѣмъ бываютъ случаи, которые авторъ назвалъ „половой неврастеніей съ навязчивыми представленіями"; характеризуется она тѣмъ, что какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, безпрестанно возникаютъ въ мысляхъ непристойныя картины, которыя всецѣло овладѣваютъ ихъ воображеніемъ, не смотря на желаніе больныхъ всѣми силами отъ нихъ избавиться. Эти состоянія психополового эретизма съ эротическими навязчивыми представленіями, могутъ быть смѣшиваемы при поверхностномъ наблюденіи съ хроническимъ satyriasis'омъ или нимфоманіей. Для діагноза однако рѣшающее значеніе имѣетъ то обстоятель-

ство, что, въ первомъ случаѣ, половое влеченіе совершенно отсутствуетъ, что временныя стремленія къ половому удовлетворенію возникаютъ лишь на почвѣ крайне мучительнаго эретизма, самъ же больной не испытываетъ при этомъ ни желанія, ни удовлетворенія. Этимъ объясняется, что такіе больные всячески стараются освободиться отъ терзающихъ ихъ представленій и избѣгаютъ всего того, что имѣетъ къ нимъ близкое отношеніе. При нимфоманіи, мы встрѣчаемся какъ разъ съ противуположнымъ явленіемъ, такъ какъ эротическія представленія подобныхъ лицъ сопряжены съ весьма пріятными для нихъ ощущеніями. Въ терапевтическомъ отношеніи указанныя обстоятельства весьма важны и объясняютъ тотъ вредъ, который приносятъ coitus и мастурбація психическому и физическому состоянію подобныхъ больныхъ. Поэтому, заканчиваетъ Krafft-Ebing, нужно признать ошибкой, если, имѣя дѣло съ такимъ паціентомъ, врачъ рекомендуетъ ему половыя отношенія.

Кромѣ случаевъ, гдѣ у неврастениковъ вспышки полового чувства появляются лишь временами, можно отмѣтить также и такіе, гдѣ періоды полового возбужденія весьма продолжительны и носятъ характеръ нимфоманіи. Такъ. д-ръ Seyer сообщаетъ, что на амбулаторный пріемъ къ нему явилась женщина, крайне угнетенная и приниженная, съ потухшимъ взоромъ, медленно выговаривающая слова и какъ бы неувѣренная въ самой себѣ. Жаловалась она на постоянное чувство усталости, на головныя боли (casque neurasthénique). на боли въ области почекъ, судороги въ икрахъ, на невозможность производить мускульную работу, на абсолютную безсонницу, на отсутствіе аппетита, на неправильности пищеваренія, на запоры и т. п. Кромѣ того больная особенно жаловалась на разстройства въ сферѣ половыхъ влеченій. Заключались они въ томъ, что больная уже въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ чувствуетъ себя неудовле-

творенной въ половомъ отношеніи. Ни мужъ, ни мастурбація не могли ей доставить существеннаго облегченія. Иногда это чувство неудовлетворенности достигало такой степени, что больная дѣлалась какъ бы „сумасшедшей“. Во время подобнаго періода, она для удовлетворенія своего чувства, имѣла даже coitus съ собакой; при этомъ, благодаря постояннымъ эксцессамъ, она теряла всякое самообладаніе и приходила въ исступленіе. Въ настоящее время припадки эти болѣе не повторяются, но общее состояніе ея крайне угнетенное. Изъ анамнеза видно, что больная, начиная съ 16-ти лѣтъ и до выхода замужъ, предавалась онанизму. Послѣ замужества она стала имъ сильно злоупотреблять, не получая удовлетворенія отъ мужа. Кромѣ того, она имѣла и противоестественныя сношенія. Авторъ приходитъ къ заключенію, что мы имѣемъ дѣло съ неврастеничкой, страдающей нимфоманіей, проявляющейся въ „ненасытности желаній“, удовлетвореніе которыхъ не сопровождается соотвѣтствующимъ успокоеніемъ.

Не смотря однако на то, что у неврастениковъ могутъ появляться иногда и повышенныя половыя влеченія, тѣмъ не менѣе характернымъ для нихъ, какъ уже было сказано, является пониженіе этого чувства. Примѣровъ этому въ литературѣ имѣется весьма много, при чемъ въ новѣйшее время объ указанномъ вопросѣ трактуютъ д-ръ Lemoine, Schalenkamp и др. Послѣдній изъ названныхъ авторовъ рекомендуетъ, между прочимъ, въ такихъ случаяхъ примѣненіе Jochimbin Spiegel'a по 3 таблички въ день. Результаты, по мнѣнію Schalenkamp'a, весьма утѣшительны. Описанный имъ больной заявилъ, что уже со второго дня у него появились нормальныя эрекціи, затѣмъ постепенно стали исчезать симптомы нервной слабости и, черезъ нѣкоторое время, онъ уже могъ, имѣть нормальный coitus.

Крайне интересными являются тѣ перемѣны въ психическомъ состоянiи неврастениковъ, которыя наступаютъ вслѣдъ за половымъ актомъ. Одни изъ нихъ (Fleury) бываютъ истощены подобно эпилептикамъ послѣ припадка, и должны на нѣкоторое время уснуть прежде, чѣмъ прiйти въ себя; другими овладѣваетъ тоска, чувство позора, стыда, и, мучимые угрызненiями совѣсти, они смотрятъ на coitus, какъ на нѣчто совершенно излишнее. У нѣкоторыхъ больныхъ, напротивъ, удовлетворенiе влеченiя вызываетъ хорошее самочувствiе, просвѣтленiе мыслей и подъемъ энергiи; черезъ нѣсколько минутъ послѣ coitus'а, они становятся бодрѣе, болѣе способными къ труду и охотно принимаютъ участiе въ веселой бесѣдѣ. Врочемъ, у одного и того-же больного, явленiя, наступающiя вслѣдъ за coitus'омъ, бываютъ далеко неодинаковы, и неврастеникъ, въ зависимости отъ времени и собственнаго самочувствiя, можетъ въ однихъ случаяхъ чувствовать себя бодрымъ, въ другихъ же—угнетеннымъ.

Нерѣдко неврастеники послѣ coitus'а чувствуютъ себя нѣкоторое время слегка возбужденными, на другой же день утромъ, при вставанiи, бываютъ утомлены и не испытываютъ той бодрости, которая должна бы явиться слѣдствiемъ укрѣпляющаго сна.

Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ такiе больные, страшно утомленные и разбитые послѣ перваго coitus'а, вполнѣ оправляются, повторивъ его черезъ нѣсколько часовъ.

Разстройства сна.

Однимъ изъ важнѣйшихъ симптомовъ неврастенiи, на значенiе котораго указывалъ еще Beard, является безспорно разстройство сна. Французскiе авторы считаютъ симптомъ этотъ однимъ изъ главныхъ и причисляютъ его

къ стигматамъ интересующаго насъ невроза. И дѣйствительно всякій врачъ, которому по своей спеціальности приходится часто имѣть дѣло съ неврастениками, можетъ легко убѣдиться въ томъ, что всѣ почти болѣе или менѣе тяжелые случаи неврастеніи сопровождаются разстройствомъ сна.

Не слѣдуетъ однако думать, что терминъ „разстройство сна" выражаетъ собою исключительно безсонницу; напротивъ того, у такихъ больныхъ, сонъ иногда отличается необычайной продолжительностью и глубиной. Вообще же нужно сказать, что жалобы неврастениковъ въ этомъ отношеніи крайне разнообразны. Одни жалуются на полную безсонницу; другіе на слишкомъ малую продолжительность сна; третьи—на крайнюю его чуткость; четвертые, на трудность заснуть; пятые, безпрестанно просыпаются, при чемъ ихъ сонъ заполненъ страшными сновидѣніями; нѣкоторые не чувствуютъ освѣженія послѣ сна и, наконецъ, бываетъ и такъ, что больной спитъ не только ночью, но и засыпаетъ по нѣсколько разъ въ теченіе дня.

Изъ всѣхъ этихъ разнообразныхъ разстройствъ, всего чаще наблюдаются жалобы на невозможность скоро уснуть, а иногда и на полную безсонницу, которая сильно изнуряетъ больныхъ, проводящихъ большую половину ночи въ томительномъ ожиданіи сна.

Причины этихъ, столь тягостныхъ для больныхъ, состояній заключаются, съ одной стороны—въ моментахъ предрасполагающихъ, каковыми являются измѣненія питанія, лежащія въ основѣ самой неврастеніи и, съ другой стороны, въ моментахъ случайныхъ. Къ этимъ послѣднимъ, говоритъ Krafft-Ebing, относится, во 1-хъ, непомѣрно сильное раздраженіе въ теченіе дня уже и безъ того легко возбудимой мозговой коры, при чемъ такими раздражителями особенно часто является умственный вечерній трудъ, сопряженный съ душевнымъ волненіемъ.

Подобное-же вліяніе оказываютъ: оживленный споръ, посѣщеніе клубовъ, театровъ, азартныя игры и т. п.

Въ такихъ случаяхъ, въ крайне возбудимомъ мозгу не успѣваютъ улечься явленія раздраженія, мысль продолжаетъ работать, все пережитое за день ярко встаетъ въ воображеніи больного, и въ сознаніе внѣдряется цѣлый рядъ возбуждающихъ, какъ бы насильственныхъ представленій, отъ которыхъ мозгъ освобождается лишь къ утру, будучи совершенно истощеннымъ. При сильныхъ однако степеняхъ возбудимости мозговой коры, сознаніемъ неврастениковъ всецѣло завладѣваютъ событія дня, не смотря даже на воздержаніе ихъ отъ усиленныхъ умственныхъ трудовъ и на спокойно проведенный вечеръ. Правда, и у людей здоровыхъ нерѣдко сонъ находится въ зависимости отъ впечатлѣній дня; и каждый, изъ насъ неоднократно могъ въ этомъ убѣдиться на основаніи личнаго опыта. У неврастениковъ дѣло обстоитъ нѣсколько иначе: ихъ нервная система, какъ бы вооружена мультипликаторомъ и все ими испытываемое является въ сильно преувеличенномъ видѣ и мрачныхъ краскахъ.

Во 2-хъ, явленія раздраженія могутъ явиться слѣдствіемъ возбужденія нашихъ органовъ чувствъ; сюда относятся, напримѣръ, утомительныя микроскопированія, шумныя оперы, вечернія музыкальныя упражненія и т. п. Какъ и въ предъидущемъ случаѣ, ночной покой нарушенъ, и больной всецѣло поглощенъ встающими передъ нимъ зрительными и слуховыми образами, доходящими иногда до галлюцинацій.

Точно также физическіе раздражители нашихъ органовъ чувствъ могутъ послужить препятствіемъ для засыпанія въ тѣхъ случаяхъ, когда они начинаютъ дѣйствовать незадолго до начала сна. Сюда относятся; уличный шумъ, тиканье часовъ, рокотъ волнъ и т. п. Понятно, что, въ

концѣ концовъ, человѣкъ можетъ къ нимъ привыкнуть и спокойно засыпать несмотря на ихъ присутствіе.

Нерѣдко однако у людей нервныхъ наблюдается явленіе какъ-разъ обратнаго порядка, а именно, они нуждаются въ опредѣленномъ, привычномъ для нихъ раздраженіи, безъ чего засыпають крайне трудно.

Въ 3-хъ, особенно часто не даютъ возможности уснуть душевныя волненія, вызванныя какимъ-либо сильнымъ нравственнымъ потрясеніемъ, или поддерживаемыя ожиданіемъ предстоящей непріятности, какъ напр.: экзамены, дуэли и т. п.

И вотъ, тѣмъ или инымъ путемъ обусловленное сильное душевное волненіе не можетъ иногда улечься въ теченіи цѣлыхъ мѣсяцевъ, благодаря вызванной имъ гиперестезіи мозга.

Днемъ, будучи занятъ своими дѣлами и развлекаясь посторонними вещами, больной не въ такой степени поддается волнующимъ его мыслямъ, но за то ночью, когда неврастеникъ ищетъ покоя и жаждетъ полнаго отдыха, тутъ съ особой силой всплываютъ наружу терзающія его думы и лишаютъ столь желаннаго сна. При всемъ этомъ мысли больного, вслѣдствіе крайне угнетеннаго состоянія, принимаютъ всегда мрачную окраску и неврастеникъ, разбираясь въ ночной тиши, въ обуреваемыхъ его сомнѣніяхъ, приходитъ съ каждой минутой все къ менѣе и менѣе утѣшительнымъ результатамъ.

Но не только волнующее ожиданіе предстоящей непріятности лишаетъ больного сна; вообще всякое ожиданіе даже сильно желаемаго и то не даетъ возможности человѣку нервному уснуть. Между тѣмъ неврастеникъ, ложась вечеромъ въ кровать, только и мечтаетъ о снѣ, въ надеждѣ хоть этотъ разъ спокойно уснуть и возстановить свои силы. Вотъ это-то страстное ожиданіе сна, это выжидательное

напряженіе и страхъ передъ мыслью, что сонъ не явится, во многихъ случаяхъ и служитъ причиной безсонницы больныхъ.

Кромѣ причинъ психическихъ, нерѣдко у неврастениковъ безсонница вызывается причинами соматическими. Сюда относятся, въ большинствѣ случаевъ, разнообразныя болѣзненныя ощущенія, испытываемыя больнымъ, то въ той, то въ другой части тѣла. Binswanger дѣлитъ всѣ эти причины на 3 группы, которыя, по его наблюденіямъ, болѣе всего вліяютъ на сонъ; сюда относятся: разстройства сердечной дѣятельности, сопряженныя или несопряженныя съ ощущеніемъ страха, ненормально повышенная перестальтика кишекъ съ повышеннымъ позывомъ на низъ, и, наконецъ, разстройства функціи мочевого пузыря (нервная поліурія).

Само собой разумѣется, что, кромѣ указанныхъ причинъ, можетъ подобнымъ-же образомъ дѣйствовать и цѣлый рядъ другихъ соматическихъ моментовъ: 1) различныя периферическія чувствительныя раздраженія, какъ-то: невралгіи, паралгіи, мускульная гиперестезія, ощущенія пульсаціи сосудовъ и т. п. 2) Рефлекторныя спастическія явленія, какъ-то: судорожное сокращеніе икроножныхъ мышцъ, поллюціи. 3) Возбужденія половой сферы. 4) Ненормальныя субъективныя ощущенія, исходящія изъ области желудка въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ переполненъ пищей, или же имѣется замедленіе въ пищевареніи.

Весьма кстати отмѣтить здѣсь то обстоятельство, что безсонница накладываетъ на неврастениковъ, страдающихъ ею, и на весь ихъ образъ жизни, особый отпечатокъ. Обратимъ наше вниманіе (Binswanger), напримѣръ, на тѣхъ изъ больныхъ, которые отличаются крайней чувствительностью къ внѣшнимъ раздраженіямъ всякаго рода. Спальня подобныхъ лицъ, насколько возможно, затѣмняется; темно-

синія шторы и плотныя ставни не пропускаютъ ни одного луча свѣта, толстыя занавѣски и портьеры на дверяхъ и на окнахъ уменьшаютъ шумъ, проникающій съ улицы или изъ сосѣднихъ комнатъ. Паціенты становятся положительно рабами предосторожностей, предпринимаемыхъ ими для устраненія безсонницы. Малѣйшая перемѣна обстановки, необходимость во время путешествія спать на другой кровати—влечетъ за собой полную безсонницу. Эта категорія больныхъ хорошо извѣстна въ гостинницахъ и санаторіяхъ, и они крайне не желательны. Неврастеники тщательнѣйшимъ образомъ осматриваютъ каждую комнату прежде, чѣмъ въ ней поселиться; испытываютъ замки и двери; изслѣдуютъ кровать во всѣхъ направленіяхъ; знакомятся съ прилегающими къ спальнѣ помѣщеніями, нѣтъ ли вблизи людской, клозета или лѣстницы, не расположены ли подъ окнами конюшни, птичня или мастерскія, не живетъ ли надъ ними или подъ ними безпокойный жилецъ и т. п. Не будучи въ состояніи найти помѣщенія, отвѣчающаго всѣмъ ихъ требованіямъ, они перекочевываютъ изъ одной комнаты въ другую и, въ концѣ концовъ, приступаютъ къ сооруженію разныхъ приспособленій, или же разочарованные уѣзжаютъ обратно.

Многіе больные тщательно избѣгаютъ по вечерамъ общества, а также не посѣщаютъ театровъ и концертовъ: они заранѣе удаляются къ себѣ и проводятъ большую часть ночи въ стараніяхъ успокоить свои взвинченные нервы, дать время заглохнуть впечатлѣніямъ дня и найти, такимъ образомъ, душевное спокойствіе, необходимое при засыпаніи. Напротивъ того, другіе пытаются избѣгнуть безсонницы тѣмъ, что посѣщаютъ общества, занимаются чтеніемъ захватывающихъ романовъ, а иногда даже пользуются безсонной ночью для выполненія сложныхъ работъ, на которыя у нихъ не хватаетъ ни энергіи, ни бодрости въ про-

долженіи дня. Они до глубокой ночи пишутъ письма, ведутъ домашніе и конторскіе счеты, а иногда занимаются и научными трудами и т. д. Особенно характернымъ представляется та категорія женщинъ, страдающихъ безсонницей, которыя въ теченіи дня жалуются на постоянную усталость и неспособность къ труду, къ ночи же, когда всѣ домашніе уже улеглись, обнаруживаютъ необычайную энергію и дѣятельность: начинается починка бѣлья, даются письменныя распоряженія по хозяйству, прочитываются всѣ получаемыя газеты и т. п. Лишь съ разсвѣтомъ дня, онѣ, утомленныя и разбитыя, ложатся и вскорѣ засыпаютъ тяжелымъ сномъ, купленнымъ дорогою цѣною и продолжающимся далеко за полдень.

Крайне мучительнымъ для больныхъ является также тотъ видъ разстройства сна, который можно было бы назвать полусномъ и который отличается отъ нормальнаго сна черезмѣрной легкостью и чуткостью.

Это состояніе полусна, нисколько не освѣжающее больного, составляетъ какъ бы продолженіе всѣхъ треволненій, пережитыхъ неврастеникомъ въ теченіи дня. Кромѣ того, больного всю ночь преслѣдуютъ устрашающія сновидѣнія, которыя держатъ неврастеника въ постоянномъ напряженіи и возбужденіи. Такъ, напримѣръ, ему снится, что на него нападаютъ разбойники, его хватаютъ, связываютъ ему руки и приставляютъ ножъ къ горлу, больной въ ужасѣ просыпается, вскакиваетъ, и, лишь пріидя въ себя, вновь засыпаетъ, чтобы черезъ нѣкоторое время снова проснуться подъ впечатлѣніемъ еще болѣе страшнаго сна. Женщинамъ нерѣдко снится, что онѣ испытываютъ всѣ мученія, сопряженныя съ актомъ родовъ, или же, что имъ дѣлаютъ операцію и вынимаютъ внутренности.

Многія подобныя сновидѣнія, говоритъ Binswanger, обязаны своимъ происхожденіемъ тѣмъ патологическимъ субъективнымъ ощущеніямъ, которыя мучатъ больныхъ въ

теченіи дня, при чемъ ощущенія эти не только отражаются на характерѣ сновидѣнія, но и придаютъ его содержанію вполнѣ опредѣленное направленіе. Отличаясь необычайной живостью, они получили названіе галлюцинацій во время сна,—терминъ, который особенно подходитъ къ нашимъ случаямъ. Нѣкоторые интеллигентные люди, испытывая подобныя сновидѣнія, прямо таки заявляютъ, что у нихъ во время сна были галлюцинаціи, что они собственными глазами видѣли образы, ясно различали голоса и отчетливо ощущали прикосновеніе.

Понятно, что, при подобныхъ сновидѣніяхъ, сонъ не можетъ отличаться спокойствіемъ: больные бросаются въ кровати, производятъ оборонительныя движенія руками и ногами, тяжело дышатъ и т. п. Необычайная легкость сна въ такихъ случаяхъ доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что многія чувственныя впечатлѣнія, не доходящія до сознанія при средней глубинѣ сна, вполнѣ достаточны, чтобы разбудить подобныхъ больныхъ. Даже отдаленный бой часовъ, или шумъ падающаго дождя бываетъ достаточнымъ, чтобы прервать ихъ сонъ.

Этою легкостью сна (Binswanger) объясняются, между прочимъ, жалобы нѣкоторыхъ неврастениковъ на то, что они совершенно не спятъ. „Мы всю ночь не спали“, говорятъ они, „и не пропустили ни одного удара часовъ“. Такіе больные относятъ свой богатый сновидѣніями полусонъ къ состоянію бодрствованія, а не сна. „Я не сплю при этихъ снахъ; я чувствую себя все время; знаю все, что происходитъ вокругъ меня; мое сознаніе не затемнено; я только какъ бы оглушенъ“. Если-же имъ замѣтить, что они въ то или иное время очевидно спали, такъ какъ не слыхали тихо открывшейся двери, то они возражаютъ, что быть-можетъ случайно въ тотъ моментъ имъ и удалось уснуть, но что, нѣсколько минутъ спустя, они смотрѣли на часы и не спали.

Не слѣдуетъ однако думать, что неврастеники желаютъ обманывать себя или другихъ. Мы имѣемъ скорѣе всего дѣло съ невольнымъ самообманомъ, такъ какъ сами больные не сознаютъ своего легкаго сна, безпрестанно прерываемаго внезапными и непріятными пробужденіями. Лишь болѣе или менѣе продолжительный сонъ, хотя бы и безпокойный, принимается больными за таковой.

И вотъ, намъ нерѣдко приходится удивляться тому относительно хорошему, а, иногда, и цвѣтущему виду, который имѣютъ неврастеники, жалующіеся на многолѣтнюю безсонницу. Больные, вполнѣ заслуживающіе довѣрія, разскажутъ вамъ при этомъ, что они уже въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ спятъ не болѣе 2-хъ—3-хъ часовъ въ сутки. Очевидно, что подобные случаи должны быть отнесены къ категоріи описанной выше безсонницы, и что неврастеники, указывая на 2-хчасовой сонъ, не принимаютъ при этомъ въ разсчетъ состояній полусна.

Что касается полной и абсолютной Agrypni'и, то таковая наблюдается лишь въ крайне рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ. Продолжаясь болѣе или менѣе долго, это состояніе должно насъ навести на мысль о существованіи какого-либо органическаго страданія.

Не смотря на важность описанныхъ нами выше симптомовъ, не слѣдуетъ, какъ уже было упомянуто, думать, что безсонница присуща всѣмъ случаямъ неврастеніи. По статистикѣ Binswanger'а, точно прослѣдившаго 120 исторій болѣзней, продолжительная безсонница могла быть отмѣчена у 62-хъ больныхъ, въ 33-хъ случаяхъ безсонница была выражена слабо, остальные же 25 неврастениковъ имѣли вполнѣ нормальный сонъ.

Рѣже, чѣмъ безсонница, у неврастениковъ наблюдается явленіе обратнаго характера, а именно: непомѣрно сильно выраженная потребность спать. Не только ночью, но и днемъ

такіе больные испытываютъ сильное желаніе уснуть; послѣ малѣйшаго напряженія, какъ и послѣ ѣды, они начинаютъ зѣвать и не въ состояніи противостоять желанію прилечь и уснуть. Ночью, хотя ихъ сонъ и отличается глубиной, но по пробужденіи не влечетъ за собой соотвѣтствующаго чувства бодрости и свѣжести: спятъ они сномъ свинцовымъ и, просыпаясь, испытываютъ обычно сильную тяжесть и давленіе въ головѣ.

Наблюдаемыя у неврастениковъ разстройства сна являются однако не только весьма частыми симптомами разсматриваемаго нами страданія, но и весьма упорными его спутниками. Между тѣмъ безсонница постепенно подтачиваетъ и безъ-того ослабленный организмъ неврастеника, не давая ему возможности набраться новыхъ силъ. Говоря о плохомъ снѣ подобныхъ больныхъ, Hedley замѣчаетъ, что наиболѣе частымъ и наиболѣе упорнымъ симптомомъ нервной слабости, является безсонница, и что нерѣдко устраненіе этой послѣдней равносильно излеченію самой неврастеніи.

Обыкновенно назначаемыя снотворныя рѣдко приносятъ желаемый результатъ: приходится, по возможности, избѣгать всѣхъ указанныхъ выше этіологическихъ моментовъ и заняться леченіемъ основной болѣзни.

Исходя изъ того предположенія, что безсонница въ однихъ случаяхъ зависитъ отъ анеміи мозга, а въ другихъ—отъ гипереміи, Feury совѣтуетъ въ первомъ случаѣ примѣненіе средствъ тоническихъ, а во второмъ—средствъ понижающихъ кровяное давленіе, каковыми являются: молочная діэта, легкія слабительныя, мочегонныя и т. п. Особенно предостерегаетъ авторъ отъ примѣненія болѣе или менѣе сильныхъ средствъ, которыми совершенно безъ нужды отравляется мозгъ неврастеника; раціональнѣе, безопаснѣе и полезнѣе дѣйствовать на вызывающую причину и поставить мозгъ въ естественныя условія, при которыхъ сонъ долженъ будетъ явиться самъ по себѣ.

Головокруженіе.

Въ зависимости отъ временныхъ разстройствъ внутри мозгового кровообращенія, у неврастениковъ наблюдается иногда крайне тягостный симптомъ, выражающійся въ субъективномъ чувствѣ головокруженія. Этотъ симптомъ особенно мучителенъ для больныхъ тѣмъ, что всегда сопряженъ съ чувствомъ страха лишиться сознанія,—съ боязнью, что съ нимъ случится ударъ и т. п. При частыхъ головокруженіяхъ такой неврастеникъ остерегается выходить изъ дому, показываться въ многолюдныхъ мѣстахъ или посѣщать театры и концерты; онъ все время прислушивается къ самому себѣ, всякое случайное, неожиданное движеніе стула, на которомъ сидитъ, принимаетъ за начало головокруженія и нерѣдко, блѣдный и покрытый отъ страха холоднымъ потомъ, спѣшитъ покинуть общество, среди котораго находится.

Особенно легко наступаетъ у неврастениковъ головокруженіе подъ вліяніемъ быстрой ѣзды, или такихъ веществъ, которыя, подобно алкоголю, никотину, могутъ дѣйствовать и на здоровыхъ. Достаточно бываетъ больному выпить одну рюмку водки, или же выкурить съ утра на тощій желудокъ папиросу, какъ можетъ наступить весьма сильное и продолжительное головокруженіе, вызванное быстрыми колебаніями внутри мозгового кровяного давленія, въ зависимости отъ неустойчивости сосудодвигателей.

Binswanger, опубликовавшій весьма интересный случай головокруженія у неврастеника,—случай, о которомъ будетъ сказано ниже, пишетъ, между прочимъ, слѣдующее: обративъ вниманіе на происхожденіе головокруженія у нашихъ больныхъ, мы убѣдимся, что имѣемъ дѣло либо съ явленіями иррадіаціи, исходящими изъ сферы общихъ чувствъ, находящихся въ состояніи гипералгезіи, либо съ гиперал-

гезіей нашихъ спеціальныхъ органовъ чувствъ. Примѣромъ перваго можетъ служить головокруженіе, сопровождающее всякую напряженную умственную работу или же связанное съ ощущеніями, исходящими изъ желудочно-кишечнаго тракта. Примѣромъ же головокруженія, зависящаго отъ гиперадгезіи нашихъ спеціальныхъ органовъ чувствъ, можетъ служить часто наблюдаемое головокруженіе зрительное.

Получить отъ больного ясное и точное описаніе всего имъ испытываемаго—бываетъ обыкновенно крайне трудно. Приходится прежде всего бороться со склонностью неврастениковъ обозначать словомъ „головокруженіе“ всевозможныя ненормальныя ощущенія, локализирующіяся, по ихъ мнѣнію, въ головѣ. Такъ, простое чувство оглушенія, слабости или обморочнаго состоянія, сопутствуемыя внезапнымъ затрудненіемъ мыслительной способности, а также аффекты страха и послѣдующія ощущенія, все это сливается въ одно понятіе головокруженія. Разобравшись однако въ крайне сбивчивыхъ и туманныхъ описаніяхъ, даваемыхъ больными, мы все-же найдемъ въ нихъ одинъ общій для всѣхъ случаевъ признакъ, а именно, ощущеніе внезапной перемѣны положенія тѣла, другими словами, разстройство чувства равновѣсія. Паціентамъ кажется, будто ихъ клонитъ въ сторону, покачиваетъ, либо вертитъ по кругу. Гораздо рѣже больные жалуются на кажущееся движеніе въ пространствѣ предметовъ.

Понятно, что, кромѣ различныхъ субъективныхъ ощущеній, служащихъ причинами головокруженія у неврастениковъ, могутъ играть роль и другіе моменты, какъ напр.: упомянутые никотинъ и алкоголь, а также продолжительныя и сильныя тѣлесныя сотрясенія, внезапныя внутри мозговыя перемѣны кровяного давленія и т. п.

Для полноты изложенія необходимо еще указать на такъ

называемое рефлекторное головокруженіе, наблюдаемое при гипертрофіи носовыхъ раковинъ и довольно часто встрѣчающееся особенно у неврастениковъ.

Несмотря на сравнительно часто испытываемое больными чувство головокруженія, лишь весьма рѣдко дѣло доходитъ до полной потери равновѣсія и паденія. Подобный интересный случай былъ сообщенъ Binswanger'омъ: касается онъ купца, который уже болѣе 30-ти лѣтъ работалъ въ тропическомъ климатѣ и подъ вліяніемъ послѣдняго, а также переутомленія, около 20-ти лѣтъ страдалъ временными явленіями неврастенической слабости и истощенія. Пребываніе его отъ 6-ти—12-ти мѣсяцевъ въ Германіи, вдали отъ волнующей его торговли, въ здоровой мѣстности, приносило ему обычно громадную пользу. Неврастеническое состояніе выражалось преимущественно въ мозговыхъ симптомахъ: чувствомъ давленія въ головѣ, оглушеніемъ, затрудненной мыслительной способностью, затѣмъ также диспептическими разстройствами и, подъ конецъ, похудѣніемъ и общею потерею тѣлесныхъ силъ. Особенно тягостны были для больного приступы головокруженія, которыми каждый разъ сопровождалось періодически наступавшее неврастеническое состояніе. Начинались они обычно кажущимся движеніемъ предметовъ въ пространствѣ, къ чему присоединялись ощущеніе движенія собственнаго тѣла, затѣмъ тошнота съ позывами на рвоту и шумъ въ ушахъ. Если больной въ началѣ приступа тотчасъ не садился, то онъ, не будучи въ состояніи удержаться на ногахъ, падалъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ онъ немедленно садился или ложился и, закрытіемъ глазъ и ушей, уменьшалъ непріятныя ощущенія,—припадокъ проходилъ. Подобные припадки, то большей, то меньшей продолжительности, повторялись иногда до 20-ти разъ въ день и служили главной причиной, почему больной отъ времени до времени оставлялъ свои дѣла и начиналъ

лечиться. Вмѣстѣ съ улучшеніемъ общаго состоянія исчезали и припадки, которые немедленно появлялись при его ухудшеніи. Изслѣдованіе со стороны внутреннихъ органовъ отклоненій отъ нормы не обнаружило. Малярiей больной не страдалъ. Удается лишь отмѣтить умѣренный атероматозъ лучевой и височной артеріи. Изслѣдованіе органа слуха спеціалистомъ дало отрицательные результаты.

Особенный интересъ даннаго случая заключается въ томъ, что наблюдаемые здѣсь симптомы весьма сходны съ симптомами характерными для Menier'овскаго головокруженія, и лишь отсутствіе какихъ бы то ни было патологическихъ измѣненій въ органѣ слуха даетъ возможность отличить данное разстройство отъ легкой формы Menier'овской болѣзни.

При подобныхъ ложно-Menier'овскихъ припадкахъ, говоритъ Krafft-Ebing, весьма вѣроятна наличность измѣненій кровообращенія и давленія въ лабиринтѣ, вызванныхъ сосудодвигательнымъ путемъ.

Сходное мнѣніе высказываетъ въ своей диссертаціи и д-ръ Fruitier, который пишетъ, что vertige auriculaire можетъ наблюдаться независимо отъ пораженія лабиринта и служить лишь рѣзкимъ проявленіемъ сосудодвигательныхъ разстройствъ, встрѣчающихся у неврастениковъ, страдающихъ самыми доброкачественными заболѣваніями уха. Само собой понятно, что подобные случаи не слѣдуетъ смѣшивать съ случаями осложенія неврастеніи—настоящею болѣзнью Menier'a, при которыхъ всегда имѣется на лицо ясно выраженное пораженіе лабиринта. Такъ, въ наблюденіи Lermoyez, у неврастеника, на почвѣ склероза барабанной полости и лабиринта, развилась типичная картина Menier'овскаго головокруженія.

Особенно часто наблюдаются у больныхъ головокруженія при желудочно-кишечной формѣ неврастеніи, гдѣ они, по

всей вѣроятности, также зависятъ отъ измѣненій въ сосудодвигательномъ аппаратѣ. Играютъ-ли при этомъ роль процессы самоотравленія организма, остается пока еще нерѣшеннымъ.

Разстройства органовъ чувствъ.

Разстройства, наблюдаемыя нами со стороны органовъ чувствъ, носятъ на себѣ характерный отпечатокъ, свойственный вообще всей неврастеніи, а именно, отпечатокъ непомѣрно легкой возбудимости, на ряду съ черезмѣрно быстрой утомляемостью. Соотвѣтственно этому, намъ приходится встрѣчаться какъ съ явленіями пониженія чувствительности нашихъ органовъ чувствъ, такъ и съ повышеніемъ ея. Не слѣдуетъ однако полагать, что единовременно у одного и того-же больного, можетъ быть на лицо только повышенная, или только пониженная чувствительность его специальныхъ органовъ чувствъ къ внѣшнимъ раздраженіямъ. Напротивъ того, нерѣдко можно убѣдиться, что мы одновременно имѣемъ дѣло съ гиперестезіей однихъ чувствъ и гипестезіей другихъ. Такъ Binswanger наблюдалъ въ одномъ случаѣ у больного ясное обостреніе слуха, на-ряду съ пониженіемъ свѣточувствительности.

Что касается полной потери чувствительности нашихъ органовъ чувствъ къ внѣшнимъ раздраженіямъ, т. е. анестезіи ихъ, то таковая обычно при неврастеніи не наблюдается, оставаясь характерной для истеріи.

Особенный интересъ представляютъ для насъ разстройства со стороны зрѣнія, слуха и вкуса. Въ указанномъ порядкѣ они и будутъ нами разсмотрѣны.

Какъ извѣстно изъ физіологіи, раздраженія въ области всей нервной системы могутъ сопровождаться повышеніемъ чувствительности органа зрѣнія, т. е. оптической гипере-

стезіей. Понятно, что при неврастеніи, гдѣ нервная система отличается особой чувствительностью, условія для появленія оптической гиперестезіи крайне благопріятны. И дѣйствительно, далеко нерѣдко у разсматриваемыхъ нами больныхъ, мы можемъ отмѣтить ясно выраженное повышеніе чувствительности органа зрѣнія. Самыя незначительныя зрительныя раздраженія сопровождаются уже весьма непріятными субъективными ощущеніями. Глазъ можетъ стать настолько чувствительнымъ, что не въ состояніи переносить даже разсѣяннаго дневного свѣта. Больные жалуются при этомъ на сильное ослѣпленіе, вызывающее иногда иррадіирующія боли въ глубинѣ глазницы, на чувство жженія въ области вѣкъ, на боли въ вискахъ и т. п.

Сравнительно часто при этомъ, больныхъ безпокоятъ свѣтовые слѣды, а иногда фосфены и mouches volantes. Послѣднія въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ оказываются болѣе или менѣе явленіями постоянными, зависятъ, по всей вѣроятности, отъ тѣни, бросаемой плавающими въ стекловидномъ тѣлѣ клѣтками на крайне чувствительную сѣтчатку. (Krafft-Ebing, Bouveret). Что касается галлюцинацій, которыя развиваются изъ ненормальныхъ зрительныхъ ощущеній на почвѣ возбужденія психооптическаго центра, то онѣ элементарны, налюдаются очень рѣдко и лишь эпизодически.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда больной не обращаетъ достаточно серьезнаго вниманія на безпокоющую его оптическую гиперестезію, дѣло можетъ нѣсколько усложнится вслѣдствіе появленія симптомовъ астенопіи. Симптомы эти, которымъ нѣкоторые авторы, между прочимъ Grandclement, придаютъ довольно большое значеніе, являются крайне тягостными для больного и съ трудомъ поддаются леченію. Поразительно часто, говоритъ Krafft-Ebing, астенопія наблюдается въ тѣхъ случаяхъ неврастеніи, которые развились

на почвѣ половыхъ разстройствъ. Зависитъ она отъ весьма быстро наступающаго утомленія всего аккоммодаціоннаго аппарата, въ частности отъ легкой истощаемости m. tensor chorioideae; нерѣдко играетъ при этомъ роль также слабость внутреннихъ прямыхъ мышцъ, а иногда и спазмъ мускуловъ, завѣдующихъ аккоммодаціей. Такимъ образомъ мы имѣемъ дѣло съ легкой утомляемостью и повышенной возбудимостью различныхъ мышцъ глаза; утомляемостью и повышенной возбудимостью, свойственными и остальнымъ мышечнымъ группамъ нашего тѣла (Falco).

Для больныхъ, въ особенности, занимающихся умственной дѣятельностью, или профессіей, которыя требуютъ напряженія зрѣнія, астенопія является истиннымъ несчастьемъ. Не смотря на нормальную остроту зрѣнія и на отсутствіе, при изслѣдованіи глаза, какихъ бы то ни было ясно выраженныхъ разстройствъ,—человѣкъ, страдающій астенопіей лишенъ возможности болѣе или менѣе долгое время фиксировать предметы, читать или писать. Послѣ самаго непродолжительнаго чтенія или письма, буквы начинаютъ сливаться, становятся неотчетливыми и больной долженъ прекратить свои занятія. Если же, не смотря на все это онъ продолжаетъ начатую работу, стараясь усиленнымъ напряженіемъ своего зрѣнія (аккоммодаціей) устранить сліяніе и неясность шрифта, то является цѣлый рядъ еще болѣе тягостныхъ, субъективныхъ ощущеніи, какъ, напр.: чувство напряженія глазного яблока, боль въ глазницѣ, тяжесть головы, усиленное слезотеченіе, и также покраснѣніе вѣкъ и венозная гиперемія конъюнктивы; въ вискахъ, — какъ и во лбу и затылкѣ,—ощущается крайне непріятное давленіе, сопровождающееся иногда гиперестезіей волосистой части головы (Altabas). Все дѣло кончается тѣмъ, что больной, несмотря на свое желаніе и старанія, долженъ все-же покориться необходимости и оставить свою работу, такъ какъ онъ окон-

чательно перестаетъ различать буквы или фиксируемые имъ предметы.

При полномъ воздержаніи отъ чтенія и, вообще, всякой фиксаціи на близкомъ разстояніи, подъ вліяніемъ общаго леченія и впусканія капель эзерина, астенопія эта, мало-по-малу исчезаетъ, такъ что больной снова можетъ приняться за чтеніе, пользуясь при этомъ двояко-выпуклыми стеклами, силу которыхъ онъ постепенно уменьшаетъ. Во всякомъ случаѣ всегда нужно опасаться возможности рецидива. Въ тѣхъ случаяхъ, когда въ началѣ больные не обращаютъ должнаго вниманія на астенопическія явленія и форсируютъ свое зрѣніе изо дня въ день, напрягая аккоммодацію, дѣло принимаетъ неблагопріятный оборотъ и симптомы астенопіи, укоренившись, трудно поддаются леченію, на цѣлые годы лишая больного возможности приступить къ своимъ занятіямъ. Само собой понятно, что такія занятія, какъ: микроскопированіе, вышиваніе, шитье, рисованіе и т. п. располагаютъ къ астенопіи, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда больной обладаетъ нормальной или гиперметропической рефракціей глазъ.

Нѣкоторые авторы выдѣляютъ подъ названіемъ анагнозіастеніи (Belloni) особый, по ихъ мнѣнію, видъ разстройства чтенія, наблюдаемый у неврастениковъ, и характеризующійся преимущественно тѣмъ, что больной, при попыткѣ къ чтенію, начинаетъ испытывать ясно выраженное общее недомоганіе, головную боль и головокруженіе. Между прочимъ, одинъ изъ больныхъ (Belloni), обнаруживалъ одновременно съ появленіемъ разстройствъ чтенія, также и разстройства рѣчи.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда сильно затронутыми являются внутреннія прямыя мышцы глаза, у неврастениковъ, во время чтенія, можетъ наблюдаться также и скоропроходящая диплопія, перекрестная при фиксаціи близкихъ пред-

метовъ и одноименная при смотрѣніи на болѣе отдаленные (Königshoffer).

Значеніе астенопіи не ограничивается однако тѣмъ, что она является однимъ изъ крайне мучительныхъ, и, притомъ, сравнительно нерѣдкихъ симптомовъ нервной слабости; нѣкоторые авторы (Roosa) придаютъ ей также значеніе симптома-предшественника, который наблюдается у людей нервныхъ и сильно напрягающихъ свое зрѣніе, еще за сравнительно долгое время до появленія неврастеніи.

Однимъ изъ проявленій быстрой утомляемости зрительнаго аппарата неврастениковъ служатъ также наблюдаемыя у нашихъ больныхъ измѣненія со стороны поля зрѣнія. Хотя таковыя безспорно замѣчаются при неврастеніи, однако они различно, оцѣниваются различными авторами. Такъ, Berger, Krafft-Ebing, Hornfeld и др. считаютъ, что концентрическое суженіе поля зрѣнія, если и встрѣчается при нервной слабости, то лишь какъ кратковременное проявленіе усталости и, при томъ, сравнительно рѣдко; Wilbrant, Finkelstein, Hoesslin, напротивъ того, находятъ, что поле зрѣнія является часто суженнымъ, по крайне мѣрѣ для отдѣльныхъ цвѣтовъ, а Koenig придаетъ ему значеніе клиническаго симптома, зависящаго отъ утомленія сѣтчатки.

Neuschüler, занявшись этимъ-же вопросомъ и производя много наблюденій въ римскихъ клиникахъ, а также въ глазной клиникѣ Галензовскаго въ Парижѣ, пришелъ къ выводамъ, что: 1) при неврастеніи иногда наблюдается суженіе периферическаго поля зрѣнія. 2) Что это суженіе значительнѣе при центробѣжномъ способѣ измѣренія и менѣе значительно при центростремительномъ. 3) При неврастеніи наблюдается увеличеніе слѣпого пятна. 4) Что это увеличеніе обратно пропорціонально величинѣ перифериче-

скаго поля зрѣнія. Симптомъ, вытекающій изъ указанныхъ четырехъ пунктовъ, говоритъ авторъ, настолько постояненъ и характеренъ, что если онъ сопровождается симптомомъ Graefe и симптомомъ Rosenbach'a, то онъ, совмѣстно съ двумя послѣдними, можетъ образовать тріаду глазныхъ симптомовъ неврастеніи.

Замѣчу здѣсь, что второй пунктъ выводовъ Neuschüler'a представляетъ собою явленіе перемѣщенія границъ поля зрѣнія, описанное Förster'омъ и заключающееся въ томъ, что, при периметрическомъ измѣреніи, поле зрѣнія кажется увеличеннымъ, если двигать объектомъ отъ периферіи къ центру, и уменьшеннымъ, если имъ двигать въ обратномъ направленіи.

Соглашаясь съ тѣмъ фактомъ, что при неврастеніи наблюдается перемѣщеніе границъ поля зрѣнія, Löwenfeld и Oppenheim, считаютъ все-же, что оно не представляетъ собой столь постояннаго явленія, какъ это, напр., полагаетъ Neuschüler.

Не во всѣхъ однако случаяхъ, измѣненія поля зрѣнія носятъ характеръ концентрическій. Dejerine и Vialet пишутъ, что при неврастеніи эти измѣненія могутъ принять форму геміопическую. Эта геміанопсія, по мнѣнію авторовъ, несмотря на ея продолжительность и стойкость, — чисто функціональнаго происхожденія; она никоимъ образомъ не можетъ служить доказательствомъ органическихъ измѣненій нервныхъ центровъ или проводящихъ путей, а является симптомомъ того-же порядка, какъ и обычное суженіе поля зрѣнія. Отличается она отъ геміанопсій органическаго происхожденія, непостоянствомъ границъ сохраненной половины поля зрѣнія. Въ заключеніе Dejerine и Vialet прибавляютъ, что они имѣли случай наблюдать въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ двухъ больныхъ-неврастениковъ, у которыхъ, повторное измѣреніе поля зрѣнія обнаружило одно-

именную геміанопсію, продолжавшуюся около 4-хъ лѣтъ и дававшую большія колебанія въ положеніи границъ сохраненныхъ половинъ полей зрѣнія.

Разбирая наблюдаемыя при неврастеніи разстройства со стороны зрѣнія, Parenteau говоритъ слѣдующее: встрѣтившись съ той или другой аномаліей зрѣнія, развившейся на исходѣ, или вслѣдъ за какой-либо болѣзнью, не слѣдуетъ выводить заключеніе, что она является непремѣнно слѣдствіемъ этой болѣзни, такъ какъ въ дѣйствительности это разстройство зависитъ гораздо чаще отъ послѣдующаго общаго состоянія больного. Для большей доказательности высказаннаго имъ положенія, авторъ приводитъ нѣсколько примѣровъ изъ собственной практики. Такъ въ одномъ случаѣ желтой лихорадки паціентъ, оправившись, замѣтилъ, что онъ не въ состояніи болѣе производить мелкія работы, требующія хорошаго зрѣнія. При изслѣдованіи больного удалось констатировать суженіе поля зрѣнія, а также и главнѣйшіе симптомы неврастеніи. Приведя еще нѣсколько сходныхъ примѣровъ, Parenteau замѣчаетъ, что во многихъ подобныхъ случаяхъ неврастенія, а также истерія являются тѣмъ послѣдовательнымъ состояніемъ общаго ослабленія организма, на почвѣ котораго въ сущности и развивается то, или иное разстройство зрѣнія функціональнаго характера.

Крайне интересными, какъ въ симптоматическомъ, такъ и діагностическомъ отношеніяхъ являются тѣ измѣненія, которыя мы наблюдаемъ у неврастениковъ со стороны зрачковъ.

Еще Beard, обративъ на нихъ серьезное вниманіе, указалъ всю важность ихъ значенія.

Характернымъ при неврастеніи, пишетъ Binswanger, является патологическое повышеніе зрачкового рефлекса, которое нерѣдко сочетается съ явленіями утомляемости. Изслѣдуя у больныхъ свѣтовую реакцію, первое, что бро-

сается въ глаза, это—крайне рѣзкія колебанія въ величинѣ зрачковъ, колебанія, происходящія подъ вліяніемъ самыхъ ничтожныхъ перемѣнъ въ силѣ свѣта. Вызвавъ однако нѣсколько разъ суженіе зрачка, мы можемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ отмѣтить, что, несмотря даже на сильное освѣщеніе глаза, зрачекъ внезапно расширяется,—явленіе, объясняемое уже легкой утомляемостью. Расширеніе это смѣняется снова суженіемъ, хотя и въ меньшей степени. Продолжая опытъ, мы сможемъ получить цѣлый рядъ скачкообразныхъ расширеній зрачка, смѣняющихся суженіемъ его. Однако не только при сильномъ свѣтѣ, но и при самомъ умѣренномъ освѣщеніи, удается констатировать у людей легко возбудимыхъ, безпрерывное, въ небольшихъ предѣлахъ совершающееся, колебаніе величины зрачковъ. Это расширеніе зрачка, чередующееся съ суженіемъ его (h i p p u s) какъ бы клоническая судорога радужной оболочки, при неврастеніи обратили на себя вниманіе D a m s c h'a. Онъ замѣтилъ, что это безпокойное состояніе зрачковъ существуетъ обычно одновременно съ другими признаками повышенной рефлекторной дѣятельности, въ особенности, съ повышеніемъ колѣннаго рефлекса, и что интенсивность h i p p u s'a мѣняется въ зависимости отъ степени возбужденія. По мнѣнію автора, мы имѣемъ дѣло лишь съ рѣзкимъ повышеніемъ явленія, самого по себѣ вполнѣ физіологическаго.

Не слѣдуетъ однако думать, что только повышенная реакція зрачковъ свойственна неврастеніи. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, оставаясь расширенными, зрачки могутъ крайне вяло реагировать на раздраженія.

Сильно суженные зрачки неврастеніи не свойственны. Myosis, при отсутствіи реакціи на свѣтъ, говоритъ за органическое заболѣваніе.

Особаго вниманія заслуживаетъ у неврастениковъ неравномѣрность зрачковъ. Неравномѣрность эта считалась

прежними авторами, и въ томъ числѣ Beard'омъ, за признакъ органическаго заболѣванія; Pelizaeus (Binswanger) доказалъ однако, что одностороннее измѣненіе въ величинѣ зрачка можетъ встрѣчаться у неврастениковъ, у которыхъ исключена наличность какого бы то ни было органическаго заболѣванія. Онъ нашелъ у 11 неврастениковъ изъ 320 неравномѣрность зрачковъ. Въ 6-ти случаяхъ Mydriasis отличался непостоянствомъ. Съ улучшеніемъ общаго состоянія можетъ также исчезнуть неравномѣрность зрачковъ, при чемъ, просуществовавъ даже болѣе года, она можетъ сгладиться.

Неравномѣрность зрачковъ не можетъ имѣть дифференціально-діагностическаго значенія до тѣхъ поръ, пока зрачковая реакція не затронута, или же повышена. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда эта неравномѣрность сопряжена съ ясно выраженнымъ замледленіемъ и вялостью сокращенія радужной оболочки, діагнозъ, въ пользу органическаго заболѣванія становится болѣе вѣроятнымъ, хотя, и при наличности указанныхъ условій, могутъ наблюдаться исключенія. Односторонній mydriasis или myosis неврастениковъ отличается еще тѣмъ, что почти общимъ правиломъ является быстрота перемѣны въ величинѣ зрачка; послѣднее обстоятельство станетъ вполнѣ понятнымъ, если вспомнимъ, что не только свѣтовыя раздраженія обусловливаютъ величину, зрачковъ, но, что и всякія чувствительныя раздраженія (въ особенности у лицъ съ повышенной нервной возбудимостью), также психическіе моменты могутъ вызвать суженіе радужной оболочки. Подобно разстройстрамъ со стороны зрѣнія, не мало мученій доставляютъ больнымъ разстройства слуха. Главную роль при этомъ играетъ повышенная чувствительность (неврастеническая гиперакузія) ко всякимъ внѣшнимъ раздраженіямъ, а также цѣлый рядъ субъективно возникающихъ ощущеній. Благодаря первому изъ указан-

ныхъ обстоятельствъ, неврастеники бываютъ иногда лишены возможности находиться въ обществѣ, слушать бесѣды, пѣніе, не говоря уже о громкой музыкѣ или шумныхъ собраніяхъ. Особенно тягостны для нихъ тѣ звуковыя раздраженія, которыя не носятъ музыкальнаго характера, а представляютъ собою шумъ, подобный грохоту экипажей, гулу толпы, или рокоту волнъ. Все это воспринимается больными необычно сильно и рѣзко; сравнительно незначительный шумъ оглушаетъ ихъ и вызываетъ состояніе, которое, какъ мнѣ кажется, можно было бы назвать „звукобоязнью“, по аналогіи съ хорошо извѣстными явленіями „свѣтобоязни“.

Описанная гиперакузія неврастениковъ ведетъ къ одновременному появленію различнаго рода соощущеній. Такъ, нерѣдко больные испытываютъ въ головѣ шумы, какую то непріятную полноту, а иногда и головокруженіе. Шумы эти носятъ обычно характеръ шипѣнія, напоминающаго звукъ легко кипящаго самовара, и ощущаются больными какъ бы внутри головы. Иногда впрочемъ, они проэцируются и въ пространствѣ и, въ такихъ случаяхъ, неврастеникъ заявляетъ, что онъ ясно слышитъ доходящіе къ нему откуда-то шумъ, свистъ и т. п. Акузмы эти бываютъ иногда необычайно ясными и могутъ достичь степени элементарныхъ галлюцинацій.

Что касается собственнаго голоса, то онъ ощущается больными, подобно сильному гулу, отдающемуся въ головѣ, а иногда получается впечатлѣніе, будто кто-то другой выкрикиваетъ слова подъ самымъ ухомъ.

Субъективно ощущаемые шумы въ головѣ значительно усиливаются подъ вліяніемъ внѣшнихъ механическихъ раздраженій уха, такъ что, напримѣръ, кусочекъ ушной сѣры или ничтожнѣйшее постороннее тѣло дѣлаютъ этотъ шумъ крайне непріятнымъ.

Въ противоположность указаннымъ симптомамъ раздраженія, встрѣчающимся довольно часто при неврастеніи и

служащимъ выраженіемъ повышенной возбудимости слухового аппарата, явленія обратнаго характера, т. е. пониженіе возбудимости n. acustici обычно при неврастеніи не наблюдается (Binswanger). Жалобы больныхъ на то, что они не поняли или не дослышали сказанныхъ словъ, ничуть не зависятъ отъ разстройствъ слуха, а имѣютъ въ своемъ основаніи причины психическаго, интеллектуальнаго характера.

Разстройства вкуса и обонянія являются при неврастеніи менѣе изученными, нежели разстройства зрѣнія и слуха. Въ общемъ можно сказать, что они обычно носятъ характеръ гипералгезій, при чемъ вліяютъ на ту или иную окраску чувствительнаго тона соотвѣтствующаго впечатлѣнія. Иногда впрочемъ (Krafft-Ebing) наблюдаются и парестезіи, т. е. иллюзіи вкуса: и больному кажется, что все имъ пробуемое пріобрѣтаетъ горькій кислый или сладкій вкусъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до галлюцинаціи. Что касается полнаго отсутствія вкуса, то оно наблюдается крайне рѣдко и, при томъ, лишь временно, завися по всей вѣроятности отъ сухости ротовой полости, вызванной недостаточнымъ слюноотдѣленіемъ, на почвѣ психическихъ процессовъ. Понятно, что результатомъ парестезіи можетъ явиться уменьшеніе аппетита, иногда весьма рѣзко выраженное. Вмѣстѣ съ тѣмъ отвратительный вкусъ пищи, хотя и кажущійся, можетъ вызвать у неврастеника цѣлый рядъ непріятныхъ рефлекторныхъ явленій до позывовъ на рвоту включительно.

Одинъ изъ моихъ больныхъ, неврастеникъ, котораго я имѣлъ случай наблюдать въ клиникѣ проф. Бехтерева, былъ настоящимъ мученикомъ вслѣдствіе сильно выраженной у него парестезіи вкуса. Обладая сравнительно хорошимъ аппетитомъ и сознавая всю необходимость правильнаго питанія для поддержанія своихъ падающихъ силъ, больной этотъ былъ лишенъ, между тѣмъ, возможности въ теченіе долгаго времени хотя бы одинъ разъ поѣсть съ аппетитомъ:

всѣ пищевыя вещества, которыя онъ бралъ въ ротъ, имѣли, какъ жалуется больной, вкусъ горьковато-солоноватый съ отвратительнымъ оттѣнкомъ. Не смотря на это, онъ принималъ пищу, дѣлая надъ собою значительныя усилія. Въ нѣкоторыхъ однако случаяхъ, въ періоды обостренія, вкусъ пищи становился настолько противнымъ, что паціентъ, не смотря на всѣ усилія надъ собой, не былъ въ состояніи проглотить и кусочка изъ всего подававшагося къ столу, такъ какъ чувство тошноты и угрожающей рвоты препятствовало ему въ этомъ. Замѣчательна была въ данномъ случаѣ и та параллельность, которая наблюдалась между общимъ состояніемъ больного и степенью парестезіи: съ ухудшеніемъ самочувствія наступало и ухудшеніе парестезіи; были даже дни, когда, чувствуя себя относительно хорошо, неврастеникъ не жаловался и на парестезіи. Къ концу леченія паціентъ настолько поправился, что парестезія вкуса прошла и въ немъ значительно начало прибывать вѣса.

Разстройства въ сферѣ чувствительности.

Разстройства чувствительности у неврастениковъ представляютъ весьма важные симптомы, такъ какъ нерѣдко служатъ почвой, на которой развиваются разнообразныя нозофобическія представленія, связанныя съ сильными душевными волненіями; кромѣ того, и сами по себѣ, они причиняютъ цѣлый рядъ непріятныхъ, мучительныхъ ощущеній, раздражающихъ и безъ-того впечатлительный организмъ больного. По частотѣ своей, они относятся къ наиболѣе обычнымъ и частымъ симптомамъ нервной слабости.

На вопросъ о томъ, съ какими видами разстройства чувствительности приходится имѣть дѣло при неврастеніи, необходимо отвѣтить: съ самыми различными. И дѣйствительно,

мы встрѣчаемся съ гипералгезіями, гиперестезіями, парестезіями и т. п. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разстройства эти составляютъ главнѣйшій мотивъ всѣхъ жалобъ больныхъ и выступаютъ такъ рѣзко на первый планъ картины болѣзни, что можно было бы съ извѣстнымъ правомъ говорить объ особой чувствительной формѣ неврастеніи (Krafft-Ebing). Затронутыми могутъ быть: кожа, слизистыя оболочки, фасціи, мускулы, сочлененія, внутренности и т. д.

Чуждыми нервной слабости являются однако анестезіи, которыя, по мнѣнію большинства авторовъ, обыкновенно при ней не наблюдаются; и многіе врачи категорически заявляютъ, что анестезіи никогда не встрѣчаются при чистыхъ формахъ разсматриваемой нами болѣзни. Правда, Alessi, Dubois и нѣкоторые другіе считаютъ, что при неврастеніи могутъ наблюдаться и анестезіи, но приводимые ими случаи едва-ли настолько убѣдительны, чтобы можно было-бы, на основаніи ихъ, отнести съ полнымъ правомъ наблюдавшуюся анестезію на счетъ неврастеніи.

Каковы бы ни были разстройства чувствительности, наблюдаемыя при нервной слабости, всѣ они являются происхожденія центральнаго или периферическаго.

Въ случаяхъ центральнаго происхожденія (Krafft-Ebing), они отличаются большимъ непостоянствомъ своихъ границъ, своей силы и локализаціи, а также своей зависимостью отъ психическихъ инсультовъ и отъ душевнаго состоянія больныхъ. Всевосможныя болѣзненныя ощущенія, испытываемыя при этомъ на периферіи, являются какъ бы галлюцинаторными проэкціями представленій въ той или другой части тѣла. Когда представленія эти утихаютъ, то теряютъ свою силу и соотвѣтствующія ощущенія; то-же наблюдается, если отвлечь вниманіе больного отъ безпокоющаго его locus dolens.

Кромѣ болѣзненныхъ раздраженій чисто психическаго

происхожденія, у неврастениковъ наблюдается нерѣдко состояніе психической гиперальгезіи, въ которомъ испытываемыя больными ощущенія, по своему исходному пункту, занимаютъ какъ бы середину между ощущеніями чисто центральнаго и периферическаго происхожденія.

Особое вниманіе обратилъ на нихъ B i n s w a n g e r. Правильнѣе всего, говоритъ авторъ, подъ психической гиперальгезіей подразумѣвать тѣ болѣзненныя проявленія повышенной чувствительности, которыя зависятъ отъ нарушенія соотвѣтствія между силою раздраженія съ одной стороны, и силою воспріятія его—съ другой. Этотъ видъ повышенной болевой чувствительности можетъ до извѣстной степени быть независимымъ отъ содержанія сознанія. Встрѣчаются иногда, видимо, совершенно здоровые, въ отношеніи нервовъ, люди, обнаруживающіе ясно выраженную гиперальгезію, причемъ у нихъ самое незначительное болевое раздраженіе, вызываетъ продолжительное и сильное болевое ощущеніе. Съ исчезновеніемъ раздраженія исчезаетъ и соотвѣтствующая боль, не оказывая никакого послѣдовательнаго вліянія на психику человѣка. Такихъ людей называютъ „не тронь меня" (W e h l e i d i g). При этомъ не подлежитъ сомнѣнію, что источникъ боли лежитъ гдѣ-нибудь на периферіи, и что раздраженія, притекающія извнѣ, при достиженіи сознанія вызываютъ повышенныя болевыя ощущенія. Чисто психическое, самопроизвольное возникновеніе боли, присоединяющейся къ болѣзненному содержанію представленій, у такихъ лицъ обыкновенно не наблюдается.

Что при психической гиперальгезіи имѣется дѣло съ раздраженіями, притекающими извнѣ и достигающими сознанія, на это B i n s w a n g e r обращаетъ особенное вниманіе. Для возникновенія непріятныхъ, болевыхъ ощущеній, достаточно бываетъ самыхъ незначительныхъ раздраженій, лежащихъ ниже болевого порога, какъ, напр., прикосновенія пищевыхъ

частицъ къ стѣнкамъ желудка, сокращеніе кожныхъ сосудовъ и мускуловъ подъ вліяніемъ температуры, малѣйшее давленіе на кожную поверхность, явленія мускульной усталости и т. п. Чувство боли ипохондрическаго характера отличается отъ психической гипералгезіи своимъ „идеагеннымъ“ происхожденіемъ; ипохондрическое содержаніе представленій вліяетъ на чувственный тонъ ощущеній; возникаютъ боли иллюзорныя и даже галлюцинаторныя болевыя ощущенія въ различныхъ органахъ. Ипохондрическія болевыя ощущенія образуются изъ господствующихъ въ душѣ больного чувственныхъ тоновъ.

Различіе между простой психической гипералгезіей и повышенной болевой чувствительностью при ипохондріи важно тѣмъ, пишетъ Binswanger, что оно служитъ однимъ изъ наиболѣе цѣнныхъ дифференціально—діагностическихъ признаковъ между неосложненными случаями неврастеніи и ипохондріей. Правда, къ неврастеніи могутъ присоединиться ипохондрическія болевыя ощущенія, но это является далеко необязательнымъ. Во многихъ случаяхъ, при наличности продолжительной и рѣзко выраженной психической гипералгезіи, содержаніе представленій и чувствованій можетъ принять ипохондрическую окраску, вслѣдствіе чего временно наступаютъ періоды болѣзни, которые лишь съ трудомъ могутъ быть различаемы отъ ипохондріи въ тѣсномъ смыслѣ слова. Если подобныя состоянія пріобрѣтаютъ болѣе постоянный характеръ, или если между ипохондрическимъ чувствомъ боли и психической гипералгезіей нарушается первоначальная причинная зависимость, то картина болѣзни выходитъ изъ рамокъ неврастеніи и обнаруживаетъ, въ своемъ клиническомъ теченіи, и другіе типическіе признаки и похондріи.

Такимъ образомъ, авторъ стоитъ за раздѣленіе обѣихъ болѣзненныхъ формъ, при чемъ однако самъ отмѣчаетъ,

что многіе невропатологи и психіатры, вмѣщаютъ въ современное понятіе о неврастеніи и ипохондрію.

На какой однако почвѣ развивается психическая гипералгезія, спрашиваетъ авторъ? Главнѣйшую роль играетъ повышенная возбудимость самой мозговой коры, вслѣдствіе чего раздраженія, совершенно безболѣзненныя, подымаются выше порога болевыхъ ощущеній. Въ это-же время, благодаря явленіямъ иррродіаціи, возникаетъ цѣлый рядъ болѣзненныхъ соощущеній и въ другихъ чувствительныхъ областяхъ. Психическая дѣятельность, имѣющая своимъ субстратомъ кору мозга, также сопровождается непріятными чувствованіями. Большое значеніе имѣетъ то обстоятельство, что патологическія болевыя ощущенія заставляютъ больного всецѣло направлять свое вниманіе на возможныя причины ихъ возникновенія, такъ что, въ концѣ концовъ, одно лишь представленіе боли вызываетъ самую боль. Эти мысленныя болевыя ощущенія по законамъ эксцентрической проекціи, локализируются на периферіи, т. е. въ различныхъ органахъ или областяхъ нашего тѣла, при чемъ характернымъ является то обстоятельство, что болѣзненная область совершенно не соотвѣтствуетъ опредѣленнымъ анатомическимъ границамъ, или распространенію извѣстнаго нерва.

Въ своей работѣ подъ заглавіемъ „Sur un syndrôme caractérisé par de la „topoalgie“, Blocq даетъ указаннымъ выше болямъ названіе топоалгій. Характеризуются онѣ, по мнѣнію автора, тѣмъ, что больные, страдающіе ими жалуются на боль, область распространенія которой крайне измѣнчива и не соотвѣтствуетъ опредѣленнымъ анатомическимъ или физіологическимъ границамъ. Чаще всего болѣзненная бляшка существуетъ одновременно съ характерными признаками неврастеніи, что указываетъ на родственное ихъ происхожденіе. Излеченію топоалгіи поддаются крайне медленно. Дифференцировать ихъ нужно отъ болей истерическихъ и ипохондрическихъ.

У нѣкоторыхъ больныхъ топоалгія служитъ единственнымъ проявленіемъ нервной слабости и, въ такихъ случаяхъ, Huchard далъ ей названіе мѣстной неврастеніи (neurasthénie locale). Наиболѣе излюбленными мѣстами топоалгій служатъ: поясница, передняя поверхность бедра, подложечная область, плюсно-фаланговое сочлененіе большого пальца ноги, ладонь, межбровная область и нѣкоторыя другія. Иногда эти неврастеническія боли наступаютъ внезапно, иногда же постепенно, нерѣдко послѣ травмы, при чемъ отличаются онѣ крайнимъ упорствомъ и постоянствомъ. Временами наблюдаются обостренія. Когда паціентъ спитъ, то обыкновенно боли стихаютъ, при пробужденіи же, онѣ возникаютъ съ новой силой, такъ что утренніе часы для такихъ больныхъ бываютъ наиболѣе тягостными.

Интересный случай неврастенической топоалгіи приводитъ Fornara: дѣло касается здоровой 50-тилѣтней женщины, неотягченной болѣзненной наслѣдственностью; сходя съ лѣстницы она поскользнулась и, при желаніи удержать равновѣсіе, почувствовала сильное сотрясеніе въ области живота. Вслѣдъ за этимъ появился цѣлый рядъ непріятныхъ субъективныхъ ощущеній ниже пупка, по средней области живота; при давленіи и при дыханіи, боли усиливались. Врачи, къ которымъ паціентка обратилась, опредѣлили у нея подвижную почку. Въ виду неуспѣшности внѣшнихъ лечебныхъ мѣропріятій, была произведена нефрорафія, а нѣкоторое время спустя и лапаратомія, но, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, операціи не принесли желаемаго облегченія. Когда больная обратилась къ Fornara, то онъ, опредѣливъ топоалгію, являющуюся единственнымъ проявленіемъ неврастеніи, назначилъ ей усиленное кормленіе по Weir-Mitchell'ю, которое и принесло ей значительное облегченіе.

Въ отличіе отъ разстройствъ чувствительности централь-

наго происхожденія, разстройства периферическаго происхожденія характеризуются своей опредѣленной локализаціей, соотвѣтствующей области распространенія того, или другого нервнаго ствола; кромѣ того, они вызываются по большей части разстройствами питанія въ периферической нервной системѣ, которая, въ такихъ случаяхъ, ненормольно реагируетъ на внѣшнія раздраженія, какъ, напр., электрическія, на механическое давленіе и т. п.

Какого бы происхожденія ни были разстройства чувствительности, наблюдаемыя у неврастениковъ, каждый врачъ, встрѣчаясь съ таковыми, долженъ твердо помнить, что жалобы, высказываемыя больными, заслуживаютъ величайшаго вниманія, такъ какъ онѣ являются не вымышленными и не имѣютъ цѣлью обмана, а служатъ выраженіемъ той массы крайне тягостныхъ и мучительныхъ ощущеній, которыя отравляютъ существованіе паціентовъ. Ко мнѣнію Krafft-Ebing'a, разстройства эти бываютъ выражены всего рѣзче при неврастеніи, развившейся на половой почвѣ.

Какъ уже было нами выше сказано, затронутыми могутъ быть при этомъ кожа, мускулы, сочлененія, внутренности и т. д.

Кожныя разстройства отличаются тѣмъ, что обычно имѣютъ опредѣленныя границы, касаются нерѣдко всѣхъ видовъ чувствительности и, нося характеръ гиперестезіи, захватываютъ часто нѣкоторыя части головы, спины, а также подошвы, яички, груди и т. д.

Весьма важную роль играютъ myosalgi'и, мышечныя боли, локализирующіяся преимущественно въ мускулахъ груди, поясницы, спины и конечностей (Krafft-Ebing). Въ отличіе отъ истерическихъ Myodyn'ій слѣдуетъ отмѣтить, что ощущаемая боль не локализируются у мѣста прикрѣпленія мускула, но на его протяженіи, при чемъ расположенная надъ нимъ кожа не обнаруживаетъ симптомовъ ги-

перестезіи. Нерѣдко эти myosalgi'и настолько сильно выражены, что больные не въ состояніи владѣть соотвѣтствующими мускулами. И вотъ неврастеникъ, испытывая боли въ грудныхъ мускулахъ, истолковываетъ ихъ, какъ начало легочной чахотки; поясничныя боли принимаетъ за признакъ страданія почекъ, врачъ же, не вполнѣ опытный, можетъ на нихъ посмотрѣть, какъ на боли ревматическія. Послѣдняго рода ошибка иногда влечетъ за собою неблагопріятныя для больного послѣдствія, выражающіяся, напримѣръ, въ посылкѣ его на воды, не отвѣчающія основному страданію. Отличаясь крайнимъ упорствомъ, myosalgi'и иногда ослабѣваютъ подъ вліяніемъ поверхностнаго легкаго массажа, а также слабой фарадизаціи и гальванизаціи.

Боли, ощущаемыя въ суставахъ носятъ характеръ давящій и сверлящій. Боли, локализирующіяся въ внутреннихъ органахъ, отличаются непостоянствомъ и неопредѣленностью, такъ, что паціенты при описаніи ихъ, пользуются самыми разнообразными выраженіями для того, чтобы сдѣлать понятнымъ для врача испытываемыя ими непріятныя ощущенія.

Лишь рѣдко наблюдаются у неврастениковъ невралгіи, при чемъ, встрѣтившись съ таковыми у нашихъ больныхъ, мы далеко не во всѣхъ случаяхъ должны относить ихъ на счетъ самой нервной слабости. Вопросомъ объ одномъ изъ видовъ невралгіи неврастениковъ—о невралгіи supraorbit'альной занимались, между прочимъ, Baquis и Baduel, которые въ своей статьѣ обращаютъ особое вниманіе на упорство этого страданія и, перечисливъ длинный рядъ безуспѣшно примѣнявшихся средствъ, останавливаются на сочетаніи хины, маточныхъ рожковъ и желѣза, какъ наиболѣе, по ихъ мнѣнію, дѣйствительномъ.

Не смотря на рѣдкость чистыхъ формъ неврастеническихъ невралгій, Jendrassek особенно рекомендуетъ точно вы-

яснить характеръ этихъ болей и не слишкомъ торопиться съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, такъ какъ ему лично пришлось наблюдать нѣсколькихъ пацiентовъ, страдавшихъ чистой формой неврастеническихъ невралгiй: по мнѣнiю автора, единственно правильнымъ, въ подобныхъ случаяхъ, является леченiе, направленное противъ основного страданiя.

Подобно невралгiямъ, точно также не должны быть всегда поставлены въ связь съ неврастенiей и сравнительно часто наблюдаемыя, при конституцiональной неврастенiи, мигрени. Эти послѣднiя, нерѣдко сопровождаемыя различнаго рода разстройствами чувствительности, обыкновенно развиваются на почвѣ болѣзненнаго наслѣдственнаго расположенiя.

Большого вниманiя, говоритъ Krafft-Ebing, заслуживаетъ, изрѣдка наблюдающiяся у нашихъ пацiентовъ, стрѣляющiя боли, которыя имѣютъ много общаго съ подобными же болями табетиковъ, но отличаются отъ послѣднихъ тѣмъ, что нервные стволы, а иногда и мускулы, обнаруживаютъ чувствительность къ давленiю. Боли эти, ощущаемыя въ верхнихъ, а также и въ нижнихъ конечностяхъ, по наблюденiямъ автора, иногда являлись болями отраженными, въ зависимости отъ обостренiя спинномозгового раздраженiя поясничной или шейной части, въ другихъ же случаяхъ, могли быть поставлены въ зависимость отъ висцеральныхъ невралгiй, каковыя встрѣчаются при желудочно-кишечной формѣ неврастенiи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно было допустить также влiянiе алкогольныхъ эксцессовъ.

Иногда, продолжаетъ авторъ, сильныя боли ограничиваются небольшими участками подошвы или пятки, возникая при малѣйшемъ надавливанiи (podalgia). Затрудняя въ значительной степени хожденiе, онѣ могутъ тянуться и мучить больныхъ цѣлые годы, причемъ внезапно исчезаютъ и

вновь случайно появляются. Необходимо замѣтить, что кожа при этомъ не гиперестезирована, а что боль зависитъ отъ давленія на глубже лежащія части. Въ этіологическомъ отношеніи, важную роль играютъ плоская стопа, узкая или неудобно сшитая по ногѣ обувь, продолжительное стояніе на одномъ мѣстѣ, или же длинныя и утомительныя прогулки, въ особенности въ томъ случаѣ, если приходится при этомъ идти по твердымъ и неудобнымъ городскимъ мостовымъ.

Одинъ изъ моихъ клиническихъ больныхъ, неврастеникъ, былъ принужденъ лѣтомъ и зимой ходить въ ботинкахъ съ толстой двойной подошвой, внутри которыхъ была еще вложена подстилка изъ пробки, покрытой толстымъ слоемъ ваты. Безъ подобной обуви больной не былъ въ состояніи пройти по улицѣ и ста шаговъ, такъ какъ каждый шагъ сопровождался сильнѣйшими болями, локализирующимися въ области пятки. Зимой ему было значительно легче ходить, нежели лѣтомъ, благодаря толстымъ резиновымъ галошамъ, которыя онъ старался одѣвать при первой надобности.

Весьма часто неврастеники жалуются на жгучія, давящія колющія и тянущія боли въ области затылка, спины и конечностей, на болѣзненное давленіе головы, на тупую боль въ области лба и висковъ, и на болѣзненность волосистой части головы. Всѣ эти различныя непріятныя ощущенія были названы Krafft-Ebing'омъ паралгіями, при чемъ по мнѣнію автора, сюда-же должно быть отнесено болѣзненное чувство усталости въ мускулахъ. Являясь аналогичнымъ чувству, какое мы испытываемъ послѣ переутомленія мышцъ, оно отличается той особенностью, что даетъ о себѣ знать даже среди полнаго покоя, а иногда и послѣ спокойно проведенной ночи, при чемъ больные чувствуютъ себя совершенно разбитыми и заявляютъ, что все ихъ тѣло какъ-бы измято и избито.

Что касается происхожденія паралгій, то онѣ, по всей вѣроятности, обусловлены причинами периферическими, локализирующимися гдѣ-либо на протяженіи внутри мышечнаго хода нервныхъ волоконъ. Причинами этими могутъ служить разстройства обмѣна веществъ въ мышцахъ, а слѣдовательно и различныя условія, ведущія къ этимъ послѣднимъ.

Указанная нами болѣзненность волосистой части головы, какъ симптомъ неврастеніи, отмѣчалась, еще около 25-ти лѣтъ тому назадъ, различными авторами, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ, какъ напр.: Johnson и Corning считаютъ даже, что этотъ симптомъ является однимъ изъ главныхъ при нервной слабости.

Въ новѣйшее время, изъ различныхъ паралгій особое вниманіе обращено на повышенную чувствительность остистыхъ отростковъ позвонковъ (спинно-мозговое раздраженіе). Эта болѣзненность позвоночнаго столба, особенно изучалась въ началѣ нынѣшняго столѣтія англійскими врачами: терминъ же Spinalirritation окончательно пріобрѣлъ права гражданства въ Германіи въ 40-хъ годахъ, когда Stilling (Binswanger) попытался ему дать научное обоснованіе. Прекрасное описаніе указаннаго явленія, даетъ Leyden въ своей „клиникѣ болѣзни спинного мозга“ (Krafft-Ebing). Особенно часто спинномозговое раздраженіе встрѣчается у женщинъ; у мужчинъ же оно развивается почти исключительно на почвѣ половыхъ излишествъ. Состоитъ оно въ болѣзненности остистыхъ отростковъ нѣсколькихъ позвонковъ и можетъ возникать самопроизвольно, или же подъ вліяніемъ самаго легкаго давленія. У женщинъ локализируется эта боль обычно въ нижнихъ грудныхъ позвонкахъ и въ копчиковой кости, у мужчинъ же въ верхнихъ грудныхъ и поясничныхъ позвонкахъ. Чувствительность при этомъ можетъ быть настолько велика, что самое

умѣренное давленіе, прикосновеніе холоднаго или теплаго предмета, или же слабый гальваническій токъ, приложенный къ болѣзненному участку, могутъ вызвать глубокій обморокъ при явленіяхъ спазма сосудовъ. При этомъ заслуживаетъ вниманія легко наступающій параличъ сосудистыхъ нервовъ, иннервирующихъ сосуды, питающіе кожу чувствительнаго участка, такъ что легкое механическое раздраженіе и изслѣдованіе гальваническимъ токомъ могутъ вызвать, на довольно продолжительное время, мѣстный параличъ сосудовъ.

При обостреніи спинномозгового раздраженія, весьма часто наступаетъ иррадіація боли въ нервные стволы, которые берутъ начало на соотвѣтствующемъ уровнѣ спинного мозга, при чемъ у женщинъ таковыми являются plexus cervicalis, brachialis, pudendosacralis, у мужчинъ—plexus lumbalis.

Предрасполагающими причинами для возникновенія, а иногда и для рецидива болѣзненности позвоночника, служатъ душевныя волненія, тѣлесныя и умственныя напряженія половыя излишества, въ особенности онанизмъ, частыя поллюціи, а также незначительныя травмы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ достаточными поводами бываютъ колебанія барометрическаго давленія, перемѣны погоды и вѣтеръ сирокко. У женщинъ, во время мѣсячныхъ, наступаютъ обычно обостренія. Качество и локализація боли различными больными описываются различно: ее называютъ сверлящей, колющей, давящей, жгучей—какъ зубная боль, но въ области спины и т. д.; иногда боль ощущается на поверхности тѣла (сочетаясь обычно въ такихъ случаяхъ съ гиперестезіей), иногда—въ глубинѣ.

Заслуживаетъ особаго вниманія тотъ фактъ, что легкое, поверхностное давленіе часто усиливаетъ боль, между тѣмъ какъ постепенное усиленіе этого давленія и его бо̀льшая

продолжительность могутъ способствовать уменьшенію страданія. При обостреніи спинномозгового раздраженія нерѣдко обнаруживается рефлекторное вліяніе этой послѣдней на сосудодвигательную область, на сердечные нервы, на n. vagus и на тазовые органы: проявляются эти вліянія мѣстнымъ поблѣднѣніемъ, холодомъ, головокруженіемъ, сердцебіеніемъ, тошнотою, рвотой, спазмомъ мочевого пузыря и т. д.

У нѣкоторыхъ неврастениковъ, въ моменты душевныхъ волненій и потрясеній, обостряются также боли, излюбленнымъ мѣстомъ которыхъ служитъ подложечная область (Dejerine).

Что касается самой интенсивности болей, которыя такъ часты у людей, страдающихъ нервной слабостью, то въ этомъ отношеніи мнѣнія авторовъ расходятся, и въ то время, какъ одни (Oppenheim) считаютъ, что онѣ никогда не достигаютъ значительной силы, другіе (Joseph) утверждаютъ, что боли эти нерѣдко бываютъ нестерпимы.

Изъ растройствъ чувствительности, весьма часто наблюдающихся при неврастеніи, необходимо указать и на парестезіи. Вообще парестезіи могутъ встрѣчаться при самыхъ различныхъ органическихъ и функціональныхъ заболѣваніяхъ нервной системы. Временно онѣ бываютъ и у людей въ отношеніи нервовъ совершенно здоровыхъ, возникая подъ вліяніемъ общихъ или мѣстныхъ вредныхъ причинъ, къ каковымъ, напримѣръ, относятся: простуда, лихорадка, вліяніе рѣзкаго холода и т. д.

Обнаруживаясь въ видѣ различныхъ ненормальныхъ ощущеній, извѣстныхъ подъ названіемъ ощущенія „ползанія мурашекъ“, „зуда“ „одеревенѣнія“, „онѣмѣнія“, „ощущенія мѣха“ или „шубейности“, „чувства холода или жара“ и т. п. и появляясь въ различныхъ частяхъ тѣла парестезіи (Krafft-Ebing), у неврастениковъ обусловливаются частью явленіями вазомоторными, частью причинами, лежащими въ

самихъ чувствительныхъ нервныхъ путяхъ, которые обнаруживаютъ крайне повышенную механическую возбудимость на ряду съ весьма быстрой утомляемостью. Малѣйшее ихъ сдавливаніе вслѣдъ за начальными явленіями раздраженія вызываетъ чувства отяжелѣнія, онѣмѣнія или ползанія мурашекъ, которыя проходятъ весьма медленно. Иногда эти ощущенія возникаютъ и самопроизвольно, безъ внѣшняго повода, исключительно вслѣдствіе неудобнаго положенія конечности или во время напряженія мышцъ руки или ноги.

Интересны въ этомъ отношеніи наблюденія Botey'a. Этотъ авторъ говоритъ, что неврастеники, а иногда и люди просто „нервные", жалуются временами на чувство давленія и полноты въ полости носа, а также и на спинкѣ его; между тѣмъ, при изслѣдованіи, отмѣтить какія-либо измѣненія обычно не удается, такъ что Botey считаетъ эти ощущенія за парестетическія. По мнѣнію автора, парестезіи, ощущаемыя нашими больными въ области гортани и глотки, локализируются, почти всегда, въ первомъ случаѣ: на уровнѣ перстневиднаго хряща и первыхъ двухъ колецъ трахеи, а во второмъ случаѣ,—на уровнѣ подъязычной кости или основанія заднихъ дужекъ. При этомъ миндалевидныя железы бываютъ иногда скегка увеличенными, въ глоткѣ имѣются грануляціи и т. п. Не смотря на мѣстное леченіе, въ 90%-ахъ подобныхъ случаевъ, страданіе не проходитъ, такъ что Botey особенно рекомендуетъ больнымъ, на ряду съ различными смазываніями и полосканіями, старатся по возможности избѣгать всѣхъ тѣхъ условій жизни, которыя причиняли бы имъ нравственныя потрясенія и огорченія. При соблюденіи указанныхъ условій, результаты терапіи оказывались гораздо болѣе успѣшными.

Не рѣдки жалобы и на чувство опоясыванія, подобно наблюдаемому при спинной сухоткѣ, на ощущеніе давленія

и дрожанія въ области сердца, на субъективное чувство опуханія, щекотанія въ различныхъ мѣстахъ и т. п.

Крайне мучительнымъ, но къ счастью сравнительно рѣдкимъ спутникомъ неврастеніи, бываетъ кожный pruritus (почесуха); онъ тѣмъ болѣе тягостенъ, что лишаетъ больного сна и держитъ его всегда въ состояніи повышеннаго возбужденія. Къ кожному pruritus'у иногда присоединяется и pruritus vulvae et ani. При этомъ кожа (Joseph) остается обычно интактной и почти никогда не наблюдается prurigo, eczema или urticaria.

Къ сравнительно рѣдкимъ парестезіямъ относится ощущеніе теченія воды подъ кожей,—нити, связывающей конечности со спиннымъ мозгомъ, электрическаго тока, проходящаго черезъ тѣло и т. п.

Löwenfeld указываетъ еще на наблюдающуюся иногда у неврастениковъ такъ называемую чувствительную форму Jackson'овской эпилепсіи, т. е. на внезапно наступающее чувство онѣмѣнія и какъ бы обмиранія половины тѣла. Въ одномъ изъ описанныхъ имъ случаевъ это онѣмѣніе, представлявшее чисто функціональный симптомъ, продолжалось въ теченіе 12 лѣтъ. Была-ли при этомъ захвачена и половина языка, изъ сообщенія Löwenfeld'а не видно. Krafft-Ebing, часто наблюдавшій подобные случаи, всегда могъ отмѣтить и участіе языка, причемъ считаетъ, что этотъ видъ эпилепсіи совершенно не свойственъ неврастеніи, а имѣетъ гораздо болѣе важное значеніе, являясь предшественникомъ или спутникомъ encephalomalac'іи и прогрессивнаго паралича.

Если многія изъ описанныхъ нами выше разстройствъ чувствительности и играютъ важную роль, какъ симптомы неврастеніи, то все-же они въ этомъ отношеніи уступаютъ тому разстройству, которое выражается въ ощущеніи больными тяжести, давленія и боли головы. Сознавая значеніе

этого симптома, Beard причислилъ его къ главнымъ признакамъ нервной слабости, а французскіе авторы (Charcot) дали даже одному изъ видовъ, особенно часто испытываемыхъ неврастениками, головныхъ болей названіе „casque neurasthénique“. Этотъ симптомъ можно съ полнымъ правомъ причислить къ Stigmata neurastheniae.

Проявляясь съ различною степенью интенсивности, захватывая то одну, то другую часть головы и нося въ отдѣльныхъ случаяхъ различный характеръ, эти непріятныя субъективныя ощущенія, не угрожая жизни больного, дѣлаютъ однако его существованіе болѣе невыносимымъ, чѣмъ многія другія проявленія неврастеніи (Lafosse, Hally).

Собственно выраженіе „casque neurasthénique“ обозначаетъ собою часто испытываемое неврастениками чувство сдавливанія головы, какъ бы желѣзнымъ кольцомъ, и можно его сравнить съ ощущеніемъ, получаемымъ, при надѣваніи на голову нѣсколько узкаго металлическаго шлема. Но не во всѣхъ случаяхъ чувство давленія головы, испытываемое снаружи, носитъ такой опоясывающій характеръ; не рѣдко (Krafft-Ebing) давленіе ограничивается опредѣленнымъ участкомъ, напр., лбомъ или висками и еще чаще затылкомъ, спускаясь внизъ до самой шеи.

Указанные три вида головной боли, правильнѣе „головного давленія“, можно, по примѣру Binswanger'a, отнести къ локализированнымъ ощущеніямъ давленія, въ противоположность--диффузнымъ.

Къ локализированнымъ болямъ нужно еще причислить и давленія въ темянной области, при чемъ больные часто жалуются на то, что они по средней линіи головы испытываютъ почти постоянное давленіе извнѣ, занимающее пространство, равное приблизительно серебряному рублю.

Нерѣдко подобныя-же ощущенія испытываются и внутри головы, и въ такихъ случаяхъ больные заявляютъ, что имъ

кажется, будто содержимое черепной полости, увеличившись въ объемѣ, стремится раздвинуть кости черепа.

Каковъ бы ни былъ характеръ давленія, т. е. ощущается-ли оно идущимъ снаружи, или изнутри, захватываетъ-ли оно голову больного кольцеобразно, или локализируется во лбу, вискахъ, затылкѣ или темени,—во всѣхъ случаяхъ, давленіе это особенно свойственно психической неврастеніи или церебрастеніи. Завладѣвая всецѣло вниманіемъ больного, эти мѣста давленія истолковываются имъ, какъ начало опасныхъ заболѣваній головного мозга, какъ предвѣстникъ психическаго разстройства и т. п., при чемъ страхъ передъ сумасшествіемъ доводитъ неврастеника до полнаго отчаянія и отвращенія къ жизни.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ, давленіе это, на-ряду съ незначительно выраженными явленіями раздражительной слабости психическаго аппарата и легкими разстройствами пищеваренія и сна, можетъ служить единственнымъ указаніемъ на неврозъ, при чемъ душевная дѣятельность оказывается незатронутой. Чаще однако появленіе чувства давленія сопровождается сильнымъ психическимъ возбужденіемъ и затрудненіемъ мыслительныхъ процессовъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ ему сопутствуютъ обычно паралгіи, или парестезіи. Больные жалуются уже на „головную боль“, а не на чувство давленія; и необходимо самое внимательное отношеніе къ паціенту, чтобы установить давящій характеръ боли.

Сопутствующая головная боль (Krafft-Ebing) не ограничивается опредѣленными нервными стволами, но распространена по поверхности, усиливается при надавливаніи и перкуссіи, часто соединяется съ кожной гиперестезіей, при чемъ въ болѣзненныхъ участкахъ обнаруживаютъ особенную чувствительность къ давленію и нервныя развѣтленія. Все это можетъ сопровождаться различнаго рода парестезіями, какъ-то чувствомъ холода, жара, жженія и какъ бы журчанія

воды внутри черепа. Также могутъ наблюдаться головокруженія, оптическія и слуховыя гиперестезіи, вызывающія акузмы и mouches volantes. Подобные припадки болѣзненнаго давленія головы могутъ у неврастениковъ возникать подъ вліяніемъ незначительныхъ причинъ, какъ то: умственнаго напряженія, душевнаго волненія, процессовъ пищеваренія, половыхъ возбужденій, coitus'a и мастурбаціи, запоровъ, куренія, спиртныхъ напитковъ, въ особенности же подъ вліяніемъ сухихъ и жаркихъ вѣтровъ.

Описанная головная боль и чувствованія давленія обыкновенно продолжаются не очень долго, попеременно появляясь и вновь исчезая; въ рѣдкихъ же случаяхъ, обнаруживая колебанія въ своей интенсивности, онѣ не покидаютъ больного сравнительно продолжительный періодъ времени и лишаютъ паціента возможности заниматься, какимъ бы то ни было умственнымъ трудомъ. Весьма благотворно при этомъ на больного дѣйствуетъ покой, слабительныя и потогонныя. Точно такъ-же вліяютъ и нѣкоторыя метеорологическія условія, какъ напр., сѣверные и восточные вѣтры.

Что касается причинъ неврастеническихъ головныхъ болей, то онѣ, по всей вѣроятности, заключаются въ какихъ либо сосудодвигательныхъ разстройствахъ, вызывающихъ общее или мѣстное нарушеніе кровообращенія. Lubetzki, занявшійся этимъ вопросомъ, въ своей диссертаціи пишетъ, что опыты Mosso и Anjela доказываютъ, что пониженіе артеріальнаго тонуса у неврастениковъ производитъ расширеніе мозговыхъ сосудовъ; такъ какъ у такихъ лицъ имѣется, сверхъ того, нерѣдко венозный застой, то возникающее вслѣдствіе этого увеличеніе объема мозга, находящагося въ неподатливой черепной полости, вызываетъ явленія легкаго сдавленія, прежде всего—головную боль. Клиника доказываетъ, что всѣ условія уменьшающія приливъ крови къ мозгу, ослабляютъ боли; напротивъ того, средства, вызывающія рас-

ширеніе мозговыхъ сосудовъ, способствуютъ таковымъ (вліяніе обильной пищи, умственнаго труда, сна и т. п.). Кромѣ того термометрія даетъ непосредственное доказательство въ пользу зависимости неврастеническихъ головныхъ болей отъ усиленнаго прилива крови къ мозгу, а именно: 1) температура черепа занимающихъ насъ неврастениковъ выше соотвѣтствующей температуры людей здоровыхъ; 2) наиболѣе чувствительное мѣсто совпадаетъ съ мѣстомъ наивысшей температуры; 3) съ уменьшеніемъ головной боли падаетъ температура; 4) температура во время боли, можетъ быть на два градуса выше, нежели температура въ свободные отъ боли промежутки.

Замѣчу, что вопросъ о причинахъ неврастеническихъ головныхъ болей далеко еще не выясненъ съ достаточной полнотой, что нѣкоторые авторы приписываютъ при этомъ существенное значеніе не расширенію артерій, а, напротивъ того, ихъ спазму.

Заканчивая этимъ изложеніе важнѣйшихъ разстройствъ чувствительности, наблюдающихся у неврастениковъ, я укажу еще на тѣ случаи, когда парестезіи касаются общаго и мышечнаго чувства. Проявляются онѣ обычно чувствомъ крайней усталости и общей слабости, тяжестью во всѣхъ членахъ и какъ-бы упадкомъ жизненныхъ силъ. Больные заявляютъ, что они временами чувствуютъ себя настолько слабыми, что имъ кажется, будто душа готова покинуть тѣло и приближается смерть.

Чувству постоянной усталости, какъ важному симптому нервной слабости, придаютъ большое значеніе почти всѣ авторы. Schwarz пишетъ, что, поговоривъ съ неврастеникомъ, вы сплошь да рядомъ услышите отъ него жалобу на крайне быструю утомляемость и почти постоянную усталость. Особенно плохо чувствуютъ себя паціенты по утрамъ, лежа въ кровати: имъ кажется, что не хватитъ силъ встать

на ноги; и это повторяется почти каждое утро. Мало-по-малу однако больнымъ удается превозмочь это чувство и они плетутся на свои занятія; по мѣрѣ приближенія вечера усталость постепенно проходитъ. Не то бываетъ, если неврастеникъ, уступая чувству усталости, ежедневно повторяющемуся, не встанетъ утромъ съ кровати. Можетъ случиться, что втянувшись въ лежаніе, онъ уже не сможетъ заставить себя встать съ кровати, и въ результатѣ мы видимъ такихъ больныхъ, недѣли и мѣсяцы не покидающими постели; иногда это затягивается на цѣлые годы. Такимъ образомъ, говоритъ авторъ, необходимо принуждать паціентовъ вставать во-время во избѣжаніе появленія атрофіи мускуловъ, какъ слѣдствіе ихъ продолжительнаго бездѣйствія. Къ сожалѣнію, это не всегда выполняется и мы видимъ неврастениковъ, доведшихъ самихъ себя до крайняго исхуданія и довольно рѣзкой мышечной атрофіи.

Между тѣмъ, это чувство слабости и усталости, по справедливому замѣчанію Löwenfeld'а, лишь въ исключительныхъ случаяхъ совпадаетъ съ дѣйствительной двигательной слабостью, такъ какъ тѣлесныя движенія и легкія работы способствуютъ ея устраненію въ большей степени, нежели физическій покой. По всей вѣроятности, говоритъ Schwarz, это чувство усталости и вялости имѣетъ своимъ источникомъ мозгъ. Moutier заявляетъ, что наростаніе усталости по мѣрѣ пребыванія больныхъ въ кровати, совершенно анологично разряду батареи аккумуляторовъ, и необходимо препятствовать потерѣ энергіи, собранной въ теченіе сна, заставивъ больного покинуть постель тотчасъ по пробужденіи, съ тѣмъ, чтобы его подвергнуть различнымъ динамогеннымъ раздраженіямъ и питанію.

Въ пользу центральнаго происхожденія чувства усталости высказывается также и Krafft-Ebing. Доказательствомъ служитъ, между прочимъ, и то обстоятельство, что

у подобныхъ больныхъ пріятные психическіе моменты играютъ большую роль, уменьшая, а иногда и совершенно устраняя усталость. Такъ, авторъ припоминаетъ многихъ неврастеничекъ, которыхъ поднять съ кровати утромъ стоило большого труда, вечеромъ же, какъ ни въ чемъ не бывало, онѣ участвовали въ танцахъ. О такихъ лицахъ авторъ считаетъ себя въ правѣ сказать, что они „Des Morgens hektisch, des Abends elektrisch".

Замѣчу еще, что въ тѣхъ случаяхъ, когда чувство слабости возникаетъ внезапно, получается ощущеніе близкаго обморока, которое страшно пугаетъ неврастениковъ и вызываетъ въ ихъ воображеніи цѣлый рядъ картинъ, — одна ужаснѣе другой.

Разстройства двигательныхъ функцій.

Явленіемъ обычнымъ при неврастеніи (Krafft-Ebing), служитъ весьма быстрое истощеніе двигательной энергіи мускуловъ. Истощеніе это идетъ рука объ руку съ пониженіемъ тонуса мышцъ; особенно рѣзко оно бываетъ выражено при міэластеническихъ состояніяхъ и зависитъ, по всей вѣроятности, отъ какихъ-то измѣненій сѣраго вещества спинного мозга. Въ началѣ мышечной дѣятельности, работоспособность можетъ быть совершенно нормальной, но, по истеченіи сравнительно короткаго времени, эта работоспособность быстро падаетъ, не достигая однако нуля. Такъ, напримѣръ, больной не въ состояніи долго производить работу, требующую самаго незначительнаго напряженія мышцъ, и ему становится совершенно не подъ силу нести болѣе или менѣе долгое время легкій предметъ, какъ то: книгу, зонтикъ, или даже вѣеръ.

Въ чемъ же однако заключается причина описанной мышечной слабости? Большинство авторовъ согласны съ

тѣмъ, что причина эта никоимъ образомъ не лежитъ въ самихъ мускулахъ. По всей вѣроятности имѣется дѣло съ пониженной энергіей иннерваціи, доказательствомъ чего служитъ несоотвѣтствіе между утомленіемъ и необходимымъ короткимъ временемъ отдыха, а также и то, что мускульная слабость не находится въ соотвѣтствіи съ затраченной силой. Центръ тяжести этой быстрой утомляемости мускуловъ, лежитъ, можно думать, въ центральной нервной системѣ, при чемъ мы имѣемъ дѣло съ растройствами происхожденія психическаго-корковаго (Krafft-Ebing, Binswanger, Ioteyko).

Первый изъ указанныхъ авторовъ пишетъ, что во многихъ случаяхъ дѣйствительной, или кажущейся мышечной слабости, она нерѣдко—чисто психическаго происхожденія, при чемъ чувство утомленія безсознательно препятствуетъ больному посылать достаточно сильные волевые импульсы къ мускулу. При этомъ нужно отмѣтить, что, въ подобныхъ случаяхъ, отвлеченіе вниманія неврастеника, вызванное опасностью, или заботой о болѣзни близкаго человѣка и т. п., временно дѣлаютъ возможнымъ проявленіе мускульной энергіи, вполнѣ соотвѣтствующей,—какъ по силѣ, такъ и по продолжительности,—нормѣ. Подобнымъ же образомъ можетъ вліять на больного и оказываемая со стороны сила внушенія. Совершенно обратно дѣйствуетъ сильный страхъ, парализующій волевые импульсы и лишающій временно человѣка возможности управлять своими мышцами.

Въ преждевременно утомленномъ, легко истощающемся мускулѣ, можно замѣтить постепенно развивающееся дрожаніе, которое быстро переходитъ даже въ фибриллярныя подергиванія. Это явленіе особенно рѣзко проявляется при энергичномъ зажмуриваніи глаза и можетъ быть даже отнесено къ stigmata neurastheniae.

Замѣчу здѣсь, что не только продолжительное, энергич-

ное зажмуриваніе глаза выполняется неврастеникомъ съ трудомъ, но даже и простое смыканіе вѣкъ, долженствующее быть произведеннымъ быстро и по командѣ, бываетъ имъ часто не подъ-силу. На послѣднее обстоятельство обратилъ вниманіе Pollak, который пишетъ, что нѣкоторые неврастеники вслѣдъ за приказаніемъ быстро и плотно закрывать глаза, начинаютъ усиленно моргать, закрываютъ ихъ лишь отчасти, оставляя небольшую щель, и моментально ихъ вновь открываютъ, бросая вокругъ себя взгляды, полные страха и ужаса. Напрасно будетъ ваше приказаніе— совершенно закрыть глаза; судорожныя усилія больныхъ остаются тщетными. Многократное повтореніе приказанія можетъ повести лишь къ кратковременному закрытію, хотя иногда они даже и этого не могутъ сдѣлать, несмотря на все стараніе. Кажется, будто неврастеникъ боится закрыть глаза, опасаясь какихъ-либо осложненій, какъ то: головокруженія, непріятныхъ послѣдовательныхъ ощущеній и т. п. Описанному симптому Pollak придаетъ большое значеніе, считая его однимъ изъ довольно обычныхъ признаковъ нервной слабости.

Не смотря на часто встрѣчающіяся при неврастеніи состоянія мышечной слабости, явленія паралича, по мнѣнію громаднаго большинства авторовъ, несвойственны разсматриваемому нами неврозу. Правда, въ литературѣ встрѣчаются указанія и противоположнаго характера, но они единичны и служатъ какъ бы исключеніями изъ общаго правила. Къ таковымъ, между прочимъ, относятся наблюденія Garel'я. Указанный авторъ приводитъ три случая изъ собственной практики, касающіеся неврастениковъ, страдавшихъ перемежающимся параличемъ мягкаго неба. Garel, на основаніи своихъ наблюденій, приходитъ къ заключенію, что неврастенія можетъ способствовать возникновенію параличей, отличающихся отъ таковыхъ при истеріи, но тутъ-же при-

бавляетъ, что параличи эти, при нервной слабости, крайне и крайне рѣдки.

Также не свойственна неврастеніи и настоящая форма атаксіи (Krafft-Ebing). Симулируется она, видимо, психически обусловленными затрудненіями и неравномѣрностью кортикальной иннерваціи, проявляющейся, напримѣръ, при аффектахъ сильнаго замѣшательства. Сюда относится неувѣренность и безпомощность въ движеніяхъ, которая тотчасъ обнаруживается, какъ только больной чувствуетъ, что на него обращаютъ вниманіе. Всѣ его произвольныя движенія дѣлаются дрожащими и грубо неуклюжими. При попыткѣ къ письму можетъ даже случиться, что онъ не въ состояніи взять перо въ руки и правильно водить имъ по бумагѣ. Точно также и походка больного становится неувѣренной и спотыкающейся; онъ не въ состояніи идти впередъ по прямой линіи; шатается со стороны въ сторону и окончательно чувствуетъ себя неспособнымъ продолжать ходьбу, когда къ испытываемому имъ при этомъ замѣшательству присоединяется еще столь частое чувство головокруженія. Какъ только больной замѣчаетъ, что за нимъ болѣе не наблюдаютъ, всѣ эти разстройства иннерваціи немедленно прекращаются. Cestan указываетъ, что разстройства походки у неврастениковъ, могутъ подать поводъ къ важнымъ діагностическимъ ошибкамъ: таковая, между прочимъ, была сдѣлана въ одномъ изъ случаевъ, бывшихъ подъ его наблюденіемъ; она заключалась въ томъ, что разстройство походки неврастеническаго характера было принято за начало органическаго страданія нервной системы.

Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ не только походка больныхъ можетъ представлять значительныя уклоненія отъ нормы, но и стояніе на мѣстѣ бываетъ сопряжено съ извѣстными затрудненіями. Заставивъ такого неврастеника попытаться постоять неподвижно съ закрытыми глазами и сом-

кнутыми ногами, мы увидимъ, что онъ сильно при этомъ пошатывается со стороны въ сторону, симулируя этимъ одинъ изъ важныхъ симптомовъ спинной сухотки. Между тѣмъ смѣшеніе обѣихъ болѣзненныхъ формъ является крайне нежелательнымъ, ввиду хотя бы прогностики фатальной при сухоткѣ, и относительно благопріятной—при нервной слабости. Точно также слѣдуетъ всегда имѣть ввиду—не поддаваться ошибкѣ при постановкѣ дифференціальнаго діагноза между ложной спинно-мозговой сухоткой неврастениковъ и таковой-же алкогольнаго или инфекціоннаго происхожденія. Не смотря на нѣкоторое внѣшнее сходство, обѣ эти болѣзни имѣютъ рядъ отличныхъ другъ отъ друга симптомовъ, хорошо извѣстныхъ невропатологамъ (Bouras).

Къ довольно часто встрѣчающимся симптомамъ неврастеніи, относится tremor (дрожаніе). Какъ уже было нами выше сказано, дрожаніе въ мышцахъ наблюдается особенно рѣзко при ихъ утомленіи. Упоминаемый нами въ настоящемъ мѣстѣ tremor отличается тѣмъ, что онъ проявляется независимо отъ утомленія. Lamacq нашелъ его въ 85% случаевъ и смотритъ на него, какъ на усиленіе того дрожанія, которое замѣчается у 40% людей здоровыхъ. Отличается оно значительной быстротой и иногда сопровождается фибриллярными мускульными сокращеніями. Подъ вліяніемъ возбужденій и психическихъ волненій, tremor этотъ значительно усиливается. О томъ, каково различіе между tremor'омъ неврастениковъ, вызваннымъ утомленіемъ и дрожаніемъ, обусловленнымъ психическими аффектами, объ этомъ пока въ литературѣ точныхъ данныхъ не имѣется; можно лишь отмѣтить, что послѣдняго рода дрожаніе, имѣетъ много общаго съ tremor'омъ при Базедовой болѣзни и при хроническомъ алкоголизмѣ (Schultze, Krafft-Ebing).

Крайне интересный случай неврастеническаго дрожанія, появившагося вслѣдъ за травмой, приводитъ Becker. Дѣло

касается молодого человѣка 24-хъ лѣтъ, котораго ударила ногой лошадь въ правую паховую область; онъ упалъ на землю и пролежалъ безъ памяти около 4-хъ часовъ. Прійдя въ себя, онъ почувствовалъ сильную боль въ области контузіи, а при мочеиспусканіи, замѣтилъ въ мочѣ кровь. При внѣшнемъ осмотрѣ, бросилось въ глаза дрожаніе головы и рукъ. Помѣщенный въ больницу, молодой человѣкъ сталъ постепенно поправляться, но дрожаніе не покидало его. Изслѣдованіе рефлексовъ чувствительности, психическаго состоянія, почерка и т. д. позволило исключить различныя заболѣванія, имѣющія общіе симптомы съ неврастеніей. Особенно подробно авторъ останавливается на описаніи характера дрожанія. Совершается оно со скоростью 5-ти колебаній въ секунду, хотя быстрота и амплитуда ихъ не отличаются строгимъ постоянствомъ. При вытянутомъ положеніи рукъ tremor, попеременно захватываетъ то разгибатели, то сгибатели. При произвольныхъ движеніяхъ, дрожаніе усиливается.

Вслѣдъ за волненіями, часто наблюдается не только дрожаніе, но и фибриллярныя, даже фасцикулярныя мышечныя подергиванія, какъ то: въ языкѣ, въ отдѣльныхъ частяхъ лица, а иногда и въ конечностяхъ, особенно въ верхнихъ. Если (Krafft-Ebing) подобныя подергиванія замѣчаетъ на себѣ врачъ, знакомый съ важностью подобныхъ фибриллярныхъ подергиваній, какъ крайне тяжелаго симптома, то у него могутъ возникнуть ужаснѣйшія нозофобическія представленія, въ смыслѣ начинающагося бульбарнаго паралича или Duchenne-Aran'евской болѣзни.

У нѣкоторыхъ неврастениковъ и, въ особенности, у такихъ, у которыхъ мускулатура отличается слабостью и вялостью, отмѣчается пониженіе механической возбудимости мышцъ. При постукиваніи мышцъ, въ особенности грудныхъ и сгибателей предплечія, удается въ такихъ случаяхъ отмѣ-

тить образованіе мышечнаго валика и медленное червеобразное сокращеніе мускуловъ. Не слѣдуетъ думать, что пониженіе механической мышечной возбудимости—явленіе постоянное, напротивъ того, у цѣлаго ряда больныхъ могутъ наблюдаться симптомы повышенной возбудимости. Подобное-же обнаружено и для нервныхъ стволовъ. Между прочимъ Frankl-Hochwart показалъ, что постукиваніе у неврастениковъ щеки, немного ниже передней части скулового отростка, вызываетъ молнеобразное подергиваніе, состоящее въ томъ, что верхняя губа на соотвѣтствующей сторонѣ подтягивается къ верху, также какъ и крыло носа. Это механическое мышечное раздраженіе, вызванное съ лицевого нерва, могло въ единичныхъ случаяхъ быть полученнымъ и съ другихъ нервныхъ стволовъ Бывало достаточно легкой перкуссіи, а иногда даже поверхностнаго поглаживанія, чтобы вызвать мышечныя подергиванія. Описанное явленіе со стороны лицевого нерва, Schlesinger наблюдалъ весьма часто у неврастениковъ, настолько-же часто почти, какъ и при тетаніи. При этомъ авторъ обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что явленіе это отличается крайней измѣнчивостью и зависитъ очевидно отъ случайнаго состоянія силъ больного, отъ предшествовавшаго утомленія или возбужденія (Binswanger).

Не только, однако, механическая возбудимость нервовъ можетъ оказаться у неврастениковъ измѣненной. По наблюденіямъ отдѣльныхъ авторовъ, нервы и мускулы интересующихъ насъ больныхъ обнаруживаютъ нерѣдко также повышенную электрическую возбудимость. Кромѣ того, Flora отмѣчаетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ неврастеніи наличность міастенической электрической реакціи, а Foveau de Courmelles говоритъ, что нерѣдко больные проявляютъ бо̀льшую чувствительность къ положительному полюсу, нежели къ отрицательному. Послѣднее обстоятельство обнаружилось,

когда авторъ съ лечебной цѣлью прикладывалъ одинъ изъ электродовъ ко лбу, а другой—къ затылку паціента.

Въ настоящей главѣ я скажу еще нѣсколько словъ о состояніи рефлексовъ у нашихъ больныхъ, такъ какъ вообще изслѣдованіе ихъ даетъ нерѣдко весьма важныя діагностическія данныя въ невропатологіи.

Начавъ съ общихъ выводовъ, полученныхъ цѣлымъ рядомъ изслѣдователей, мы можемъ сказать, что полное отсутствіе рефлексовъ не свойственно неврастеніи; кратковременное ихъ отсутствіе, или рѣзкое ослабленіе встрѣчается рѣдко; повышеніе же ихъ представляется явленіемъ весьма частымъ, при чемъ упомянутые выводы оказываются вѣрными какъ для рефлексовъ глубокихъ, такъ и поверхностныхъ.

Изъ рефлексовъ глубокихъ, особое значеніе въ невропатологіи имѣетъ рефлексъ колѣнный. Его отсутствіе, весьма часто указывающее на важныя органическія пораженія, по единодушному заявленію большинства авторовъ, при нервной слабости не наблюдается, и Binswanger категорически заявляетъ, что ни въ одномъ случаѣ неврастеніи не было симптома Вестфаля, т. е. отсутствія колѣннаго рефлекса. Встрѣтившись съ отсутствіемъ такового, мы невольно должны подумать объ органическомъ пораженіи нервной системы и никоимъ образомъ не относить его на счетъ неврастеніи (Bouveret, Rouche).

Правда, у неврастениковъ съ крайне слабой и вялой мускулатурой, колѣнный рефлексъ можетъ быть въ единичныхъ случаяхъ рѣзко пониженъ, но все-же его присутствіе удается обнаружить соотвѣтствующими пріемами.

Несравненно чаще описываемый нами рефлексъ бываетъ повышенъ и иногда въ весьма значительной степени. Повышеніе это можетъ быть настолько рѣзко выраженнымъ, что сопровождается въ нѣкоторыхъ случаяхъ клонусомъ стопы.

Хотя подобное повышеніе является безусловно патологическимъ, однако не слѣдуетъ смотрѣть на клонусъ стопы, какъ на доказательство органическаго пораженія. Будучи функціональнаго происхожденія, клонусъ можетъ исчезнуть вмѣстѣ съ улучшеніемъ неврастеническихъ симптомовъ, а иногда и значительно раньше. Доказательствомъ функціональнаго происхожденія этихъ повышенныхъ, до крайности, рефлексовъ служатъ наблюденія многихъ авторитетныхъ невропатологовъ и въ томъ числѣ Krafft-Ebing'a, который пишетъ, что онъ въ теченіе многихъ лѣтъ имѣлъ случай наблюдать неврастениковъ и могъ съ полной очевидностью убѣдиться въ томъ, что колѣнные рефлексы, даже сопровождавшіеся клонусомъ стопы, имѣли лишь чисто функціональное значеніе.

Весьма интересный случай клонуса стопы у неврастеника приводятъ Ballet, Gilbert и Louis Delherm. Касается онъ мужчины 46-ти лѣтъ, поступившаго въ больницу съ жалобами на обычное чувство утомленія и усталости, а также на продолжающіяся около трехъ лѣтъ головныя боли въ видѣ неврастенической каски. При изслѣдованіи больного, на другой день по поступленіи въ больницу, можно было обнаружить весьма ясно выраженный клонусъ правой стопы, при чемъ онъ ничѣмъ не отличался отъ клонуса, встрѣчающагося при органическихъ пораженіяхъ. Въ остальномъ, указаній на пораженія нервной системы не было найдено. Три дня спустя послѣ изслѣдованія, обнаружить клонусъ уже не удавалось. Случай этотъ, говорятъ авторы, позволяетъ утверждать, что больной, представляющій симптомы неврастеніи, можетъ, при отсутствіи какихъ бы то ни было органическихъ пораженій, обнаружить клонусъ стопы, идентичный по своимъ объективнымъ признакамъ съ таковымъ при пораженіяхъ органическихъ.

Спутникомъ рѣзко повышеннаго колѣннаго рефлекса,

кромѣ клонуса стопы, можетъ также быть клонусъ колѣнной чашки,—явленіе, описанное впервые профессоромъ В. М. Бехтеревымъ и состоящее въ томъ, что, при энергичномъ смѣщеніи книзу колѣнной чашки, наступаетъ рядъ послѣдовательныхъ сокращеній четырехглавой мышцы бедра.

Обычнымъ явленіемъ при неврастеніи служитъ также повышеніе Ахиллова рефлекса.

Изъ рефлексовъ поверхностныхъ, кожныхъ, вниманія заслуживаютъ подошвенный, надчревный, и яичковый или кремастеровый. Въ большинствѣ случаевъ, легко удается доказать повышеніе ихъ, хотя нѣкоторые авторы заявляютъ, что имъ приходилось наблюдать при нервной слабости и полное отсутствіе нѣкоторыхъ изъ кожныхъ рефлексовъ. Такъ, Gritzman, обнаружилъ двусторонее отсутствіе яичковаго рефлекса у 9-ти наслѣдственныхъ неврастениковъ. По мнѣнію автора, при неврастеніи пріобрѣтенной, кремастеровый рефлексъ всегда имѣется на лицо. Заслуживаетъ при этомъ вниманія тотъ фактъ, что, какъ говоритъ Gritzman, больные не страдали половымъ безсиліемъ; напротивъ того, влеченія ихъ были нормальны, всѣ были люди женатые и исполняли свои супружескія обязанности вполнѣ удовлетворительно. Такимъ образомъ отсутствіе кремастероваго рефлекса не могло быть поставлено въ зависимость отъ пониженія, или прекращенія половыхъ влеченій, – въ зависимость, которая должна существовать (Marie) при органическихъ болѣзняхъ нервной системы. Указанія на отсутствіе яичковаго рефлекса, при нервной слабости, мы встрѣчаемъ также у Vespa.

Изъ рефлексовъ, получающихся со слизистыхъ оболочекъ, для насъ имѣетъ практическій интересъ только рефлексъ глоточный. Если коснуться (Binswanger) пальцемъ или какимъ-либо постороннимъ предметомъ задней стѣнки глотки, то, какъ извѣстно, наступаютъ и у людей здоровыхъ

рвотныя движенія, различно рѣзко выраженныя у различныхъ лицъ. У неврастениковъ этотъ рефлексъ часто ясно повышенъ. У небольшого же числа больныхъ, повышеніе это столь значительно, что физіологическій актъ глотанія, при пріемѣ пищи, уже сопровождается рвотными движеніями. Достаточно, напримѣръ, бываетъ взять въ ротъ большой кусокъ пищи, или сдѣлать быстрый глотокъ, чтобы вызвать указанный повышенный рефлексъ, къ которому присоединяются судорожныя движенія гортани, а въ отдѣльныхъ случаяхъ и икота. Отсутствіе этихъ рефлексовъ при нервной слабости обычно не наблюдается. Послѣднее обстоятельство важно для насъ въ томъ отношеніи, что при истеріи намъ приходится встрѣчаться съ явленіемъ обратнаго характера.

Ознакомившись вкратцѣ съ состояніемъ рефлексовъ у неврастениковъ и согласившись съ тѣмъ, что преобладающей ихъ чертой служитъ повышеніе, мы не станемъ удивляться тѣмъ вздрагиваніямъ, которыя замѣчаются у нашихъ больныхъ при неожиданномъ шумѣ, крикѣ, или даже при внезапномъ къ нимъ обращеніи. Лично для неврастениковъ бываютъ иногда весьма непріятными зависящія отъ тѣхъ-же причинъ подергиванія въ нижнихъ конечностяхъ, которыя, являясь передъ сномъ, мѣшаютъ имъ часто уснуть; повторяясь же среди ночи, могутъ ихъ даже разбудить.

Одинъ изъ клиническихъ-амбулаторныхъ больныхъ, неврастеникъ, жаловался мнѣ на то, что, не будь у него по ночамъ вздрагиваній, онъ прекрасно спалъ бы; между тѣмъ, стоило ему лишь задремать, какъ сильное внезапное сокращеніе нижнихъ конечностей выводило его изъ полусна. При ближайшемъ разспросѣ больного, оказалось, что, помимо вліянія самихъ судорогъ, значительно мѣшалъ сну тотъ шумъ, стукъ о стѣнку или спинку кровати, которымъ

сопровождалось вздрагиваніе. Посовѣтовавъ больному обложиться мягкими предметами, я этимъ самымъ добился болѣе спокойнаго для пацiента сна.

Разстройства сосудодвигительныя и кровообращенія

Какъ извѣстно изъ данныхъ физiологіи, мускулатура сосудовъ иннервируется особыми нервами, получившими названіе сосудодвигателей; послѣдніе—двухъ родовъ: сосудосуживающіе и сосудорасширяющіе. Какъ показываетъ само названіе, нервы сосудосуживающіе, получая импульсы изъ соотвѣтствующихъ центровъ, поддерживаютъ сосудистыя стѣнки въ состояніи нѣкотораго напряженія, нѣкотораго тонуса, стремясь, какъ бы уменьшить просвѣтъ кровяного русла. Дѣйствіе же сосудорасширителей заключается, главнымъ образомъ, въ парализующемъ ихъ вліяніи на сосудосуживающіе нервы, отчасти же въ непосредственномъ ихъ дѣйствіи на саму сосудистую стѣнку. Говоря о вліяніи нервовъ на сосуды, профессоръ Бехтеревъ замѣчаетъ, что существуетъ мнѣніе, согласно которому сосудорасширители дѣйствуютъ на продольныя мышцы сосудовъ, тогда какъ сосудосжиматели—на круговыя, хотя не исключена возможность и того, что въ первомъ случаѣ дѣло идетъ о задерживающемъ вліяніи на периферическіе сосудные гангліи, во второмъ же случаѣ—о возбуждающемъ вліяніи. Находятся сосудодвигательныя нервы подъ вліяніемъ соотвѣтствующихъ центровъ, расположенныхъ, какъ въ спинномъ, такъ и въ продолговатомъ мозгу, при чемъ доказано, какъ клиническимъ, такъ и экспериментальнымъ путемъ, вліяніе на вазомоторы также и полушарій большого мозга.

Суживая одни сосуды и расширяя другіе, сосудодвигательная нервная система служитъ какъ бы для наиболѣе цѣлесообразнаго распредѣленія крови въ различныхъ ча-

стяхъ нашего тѣла, а потому роль ея въ экономіи организма первостепенной важности.

Вспомнивъ характерную черту разсматриваемаго нами невроза, состоящую въ рѣзкомъ проявленіи раздражительной слабости, мы легко можемъ убѣдиться, что эта черта проявляется и въ сферѣ вазомоторной, выражаясь тѣмъ, что сосудодвигатели непомѣрно легко реагируютъ на различнаго рода раздраженія, послѣ чего такъ-же быстро теряютъ энергію.

Извѣстный Туринскій физіологъ Mosso, имя котораго неразрывно связано съ изученіемъ кровообращенія въ мозгу во время умственнаго труда, доказалъ съ большой увѣренностью и съ богатымъ разнообразіемъ методовъ, что умственное напряженіе сопровождается увеличеніемъ объема мозга. Глей, подтвердивши это наблюденіе Mosso, изучилъ его болѣе подробно и показалъ, что мы въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ вліяніемъ вазомоторныхъ нервовъ, производящихъ активное расширеніе сонныхъ артерій. Въ то-же самое время, наблюдая за кровеносными сосудами руки, Mosso могъ замѣтить ихъ рефлекторное сжатіе, легко обнаруживаемое уменьшеніемъ объема конечности при помощи плетизмографа, при чемъ сжатіе это продолжалось безъ особаго колебанія въ теченіе извѣстнаго промежутка времени, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ продолженіе всего періода умственной работы. Такимъ образомъ мы видимъ, что отношеніе просвѣта сосудовъ мозга и руки, измѣнившись во время умственнаго напряженія, остается приблизительно одинаковымъ во время всего опыта.

Произведя подобныя же изслѣдованія надъ неврастениками, Anjel показалъ, что обычное уменьшеніе объема руки у нихъ не происходитъ, такъ какъ приготовленія къ опыту и связанное съ нимъ психическое волненіе оказывались уже достаточнымъ, чтобы вызвать расширеніе мозговыхъ

сосудовъ. Кромѣ того, различіе между людьми здоровыми и больными заключалось еще въ томъ, что у первыхъ, какъ нами было сказано, уменьшившійся объемъ руки оставался приблизительно одинаковымъ во время умственнаго напряженія, у вторыхъ же объемъ этотъ рѣзко измѣнялся, то въ одну, то въ другую сторону, о чемъ можно было судить по колебаніямъ уровня жидкости въ монометрѣ плетизмографа. Это доказываетъ, что у здоровыхъ, артеріи, вслѣдствіе извѣстнаго постоянства энергіи иннерваціи, сохраняли свой тонусъ, у неврастениковъ же, тонусъ этотъ все время мѣнялся, въ зависимости отъ неустойчивости этой иннерваціи; наблюдался какъ бы сосудистый клонусъ, обязанный своимъ происхожденіемъ быстрому истощенію нервной энергіи, управляющей сосудодвигателями. Колебанія эти, особенно рѣзко выраженныя на тощее состояніе желудка, нѣсколько приближаются къ нормѣ, если возбуждающими веществами, какъ-то: соотвѣтствующей ѣдой или виномъ временно уменьшать раздражительную слабость вазомоторовъ.

Если, говоритъ Krafft-Ebing, принять во вниманіе, что, съ одной стороны, сосудодвигательная нервная система вообще легко вовлекается въ соучастіе при процессахъ психическихъ и при явленіяхъ раздраженія въ мозгу, въ желудочно-кишечномъ трактѣ или въ половой сферѣ, также какъ и при кожныхъ раздраженіяхъ; и что, съ другой стороны, сосудодвигатели неврастениковъ находятся въ состояніи раздражительной слабости; что къ тому же у больныхъ часто психическія волненія достигаютъ степени аффектовъ; что отраженныя явленія легко вызываются въ сравнительно отдаленныхъ нервныхъ областяхъ и что тормозящіе аппараты нерѣдко отказываются служить своему назначенію,— то становится вполнѣ понятнымъ частота и вся важность разстройствъ кровообращенія, вызываемыхъ сосудодвигательнымъ путемъ при нервной слабости.

Уже поверхностный взглядъ, брошенный на неврастеника, продолжаетъ авторъ, даетъ наглядное доказательство легкой возбудимости и, вмѣстѣ съ тѣмъ, слабости его сосудодвигателей. Малѣйшее волненіе заставляетъ его мгновенно блѣднѣть, или краснѣть: онъ легко приходитъ въ возбужденное состояніе, конечности его холодѣютъ и принимаютъ даже синюшную окраску, самъ больной попеременно испытываетъ то чувство жара, то чувство холода, доходящее до потрясающаго озноба и т. п.; все это ничто иное, какъ проявленія раздражительной слабости вазомоторовъ.

Весьма рѣзкія проявленія сосудодвигательныхъ разстройствъ, отмѣченныхъ у неврастеника, описываютъ проф. Raymond и Pierre Janet. Случай касается 17-тилѣтняго молодого человѣка; кончикъ носа его и уши ненормальнаго краснаго цвѣта; руки ціанотичны: ноги холодные, покрытые липкимъ потомъ и, подобно верхнимъ конечностямъ, имѣютъ синеватый оттѣнокъ. Общее физическое состояніе неудовлетворительно, и замѣтно рѣзкое исхуданіе. Языкъ сильно обложенъ. Плохое состояніе больного объясняется преимущественно разстройствами пищеваренія, такъ какъ уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, какъ желудокъ, такъ и кишки, функціонируютъ крайне неправильно. Молодой человѣкъ всегда голоденъ, хотя иногда даже обжорливъ, при чемъ аппетитъ очень капризенъ. Между тѣмъ, послѣ принятія пищи, желудокъ становится вздутымъ и болѣзненнымъ, къ чему присоединяются кислыя отрыжки. Съ цѣлью облегчить себя—паціентъ не нашелъ ничего лучшаго, какъ прибѣгать къ искуственной рвотѣ, что̀ и вошло у него въ послѣдствіи въ привычку. Со стороны кишечника обнаруживаются постоянные запоры, приведшіе къ развитію гемороя, временами дающаго сильнѣйшія кровотеченія. Сверхъ всего, больной жалуется на головныя боли, на чувство зуда вдоль позвоночника, на поллюціи и на чувство

постоянной усталости. При изслѣдованіи, произведенномъ при помощи эргографа Mosso, обнаруживается полное отсутствіе какой бы то ни было мышечной энергіи. Кромѣ того, отмѣчаются рѣзкія разстройства кровообращенія; кровяное давленіе на лучевой артеріи, измѣренное сфигмоманометромъ Potain'a, оказывается = 16. Примѣненное гигіенически-діэтетическое леченіе въ связи съ препаратами тироидина привели къ полному выздоровленію. По всей вѣроятности, въ данномъ случаѣ имѣется дѣло съ цѣлымъ рядомъ сосудодвигательныхъ разстройствъ, вызванныхъ рефлекторнымъ путемъ изъ желудочно-кишечнаго тракта.

Подобно внѣшнимъ покровамъ, на которыхъ рѣзко обнаруживается и отражается игра сосудодвигателей, точно также и внутренніе органы подвержены вліянію сосудосуживающихъ и сосудорасширяющихъ процессовъ, и многіе изъ описанныхъ нами уже симптомовъ неврастеніи. какъ то: головокруженіе, чувство давленія въ головѣ и т. п. могутъ быть объяснены сосудодвигательными разстройствами.

Точно также (Krafft-Ebing) нѣкоторыя разстройства со стороны дѣятельности сердца могутъ быть вызваны спазмомъ сосудовъ, а именно въ области развѣтвленія вѣнечной артеріи, что̀ проявляется ощущеніемъ стѣсненія въ груди, и затрудненіемъ сердечной дѣятельности, сопряженной съ смертельнымъ страхомъ, съ явленіями ирродіаціи на чувствительные грудные нервы и на лѣвое плечевое сплетеніе. Въ тяжелыхъ случаяхъ, дѣло можетъ дойти до обморока и полной прострации (Bride).

Указанныя явленія со стороны сердца получили названіе Angina pectoris vasomotoria, т. е. нервная сосудодвигательная грудная жаба, при чемъ врачами были сдѣланы многія попытки клинически строго разграничить эту послѣднюю отъ истинной грудной жабы, вызванной заболѣваніемъ сердца, или вѣнечныхъ артерій; діагносцировать же точно, съ ка-

кого рода страданіемъ мы имѣемъ дѣло, весьма важно какъ въ отношеніи терапіи, такъ и прогностики.

Binswanger даетъ слѣдующую сравнительную таблицу явленій, характерныхъ для истинной и ложной грудныхъ жабъ.

Истинная грудная жаба.	Ложная грудная жаба. (По скольку она касается неврастеніи).
1) Истинная грудная жаба представляетъ собой болѣзнь преимущественно зрѣлаго возраста, а также возраста переходного къ старческой инволюціи организма, т. е. возраста отъ 45—55 лѣтъ, въ каковой періодъ часто развивается артеріосклерозъ.	1) Ложная грудная жаба часто наблюдается въ болѣе молодомъ возрастѣ, такъ, напр., въ періодъ возмужалости; чаще же всего въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ.
2) Истинная грудная жаба, болѣзнь, преимущественно встрѣчающаяся у мужчинъ, у которыхъ, какъ извѣстно, явленія артеріосклероза наблюдаются сравнительно чаще.	2) Ложная грудная жаба, хотя также часто встрѣчается у мужчинъ, все-же число женщинъ, страдающихъ ею, больше, чѣмъ страдающихъ истинной грудной жабой.
3) Истинная грудная жаба развивается крайне постепенно, при чемъ въ началѣ наступаютъ лишь припадки страха, сопряженные съ тупыми сверлящими ощущеніями давленія, локализирующимися въ substernal'ной области и отдающимися въ	3) Ложная грудная жаба неврастениковъ всегда начинается объективно обнаруживаемыми симптомами нарушенной сердечной иннерваціи (либо ясно выраженная тахикардія, либо высокая степень брадикардіи). При изслѣдованіи сердца, ясно кон-

лѣвое плечо и руку; объективныхъ же доказательствъ нарушенной сердечной дѣятельности, пока, не имѣется; лишь по прошествіи болѣе долгаго времени, присоединяются явленія ослабленной сердечной дѣятельности.

статируется значительное усиленіе или ослабленіе сердечной дѣятельности. Изъ анамнеза обнаруживается, что этимъ тяжелымъ приступамъ уже раньше предшествовали признаки нервной сердечной слабости. Исключеніемъ являются тѣ случаи, при которыхъ симптомы сердечнаго припадка вызываются рефлекторнымъ путемъ, вслѣдствіе диспептическихъ разстройствъ, непосредственно за ними. Типическое substernal'ное чувство давленія отсутствуетъ, напротивъ того, сверлящая и колющая боль локализируется у верхушки сердца, откуда исходятъ боли, отдающіяся въ лѣвое плечо и руку, подобно болевымъ иррадіаціямъ, наблюдаемымъ случайно при истинной грудной жабѣ.

Къ явленіямъ сусудодвигательнаго происхожденія, необходимо отнести также появленіе вслѣдъ за ничтожными внѣшними раздраженіями, а иногда какъ бы безъ видимыхъ причинъ мѣстныхъ отековъ и крапивныхъ сыпей. Нерѣдки случаи припуханія рукъ и ногъ, а иногда и всего тѣла больного (Bride). Кожные сосудодвигатели неврастениковъ могутъ такъ легко парализоваться, что возможно тупымъ предметомъ рисовать на ихъ тѣлѣ все-

возможные узоры. Объясненіе этого явленія таково: подъ вліяніемъ легкаго внѣшняго раздраженія наступаетъ параличъ сосудосжимателей, послѣдующее расширеніе сосудовъ и покраснѣніе кожи соотвѣтственно мѣсту раздраженія. Покраснѣніе это появляется обыкновенно черезъ нѣсколько секундъ и держится сравнительно долгое время (dermographia).

Въ зависимости отъ ангіопаралитическихъ явленій находятся, по всей вѣроятности, и ненормальныя извилистость и расширенность артерій, которыя, сочетаясь съ гиперестезіей сосудистыхъ нервовъ, служатъ источникомъ крайне непріятныхъ ощущеній пульсаціи сосудовъ, въ особенности въ надчревной области, и могутъ даже симулировать аневризмы (Krafft-Ebing). Насколько эта симуляція можетъ быть полной, доказываетъ случай, описанный Hösslin'омъ, который передаетъ, что хирургъ діагносцировалъ аневризму аорты и совершенно напрасно произвелъ лапаратомію. Точно также, нерѣдко, усиленно пульсируютъ и сонныя артеріи, при чемъ эта пульсація, обнаруживаемая при внѣшнемъ осмотрѣ, бываетъ особенно ясно выражена у женщинъ (Strahan).

Насколько, въ отдѣльныхъ случаяхъ нервной слабости, чувство пульсаціи бываетъ рѣзко выражено, доказываетъ попытка Dana выдѣлить особый видъ неврастеніи, подъ именемъ сосудопаралитической или пульсирующей. Авторъ говоритъ, что эта форма характеризуется преимущественно ощущеніемъ пульсаціи сосудовъ, которое покидаетъ больного лишь во снѣ; между тѣмъ, при объективномъ изслѣдованіи, артеріальное давленіе оказывается приблизительно нормальнымъ и пульсъ едва учащеннымъ. Сжатіе сонной артеріи уменьшаетъ чувство пульсаціи въ соотвѣтствующей половинѣ.

Кромѣ временныхъ и, при томъ, мѣстныхъ патологиче-

скихъ измѣненій тонуса сосудовъ, важнымъ вопросомъ является также состояніе вообще кровяного давленія неврастениковъ. Weber, произведя изслѣдованія при помощи сфигмографа, дѣлитъ своихъ больныхъ на 3 категоріи: во первыхъ, на такихъ, у которыхъ сосудистый тонусъ нормаленъ, или близокъ къ нормѣ; во вторыхъ, на такихъ, у которыхъ тонусъ этотъ ниже нормы, но можетъ при соотвѣтствующемъ леченіи достичь ея, и въ третьихъ, на такихъ, у которыхъ напряженіе весьма низкое и плохо поддается излеченію. По мнѣнію автора, сфигмографическія изслѣдованія даютъ возможность дѣлать выводы не только касательно діагноза, но и относительно прогноза, въ томъ смыслѣ, что, въ случаяхъ болѣе тяжелыхъ, и тонусъ сосудовъ оказывается болѣе измѣненнымъ.

Много мѣста описанію сосудодвигательныхъ разстройствъ у неврастениковъ отводитъ въ своей работѣ Fleury. Согласно его изслѣдованіямъ, у тѣхъ больныхъ, у которыхъ неврозъ явился слѣдствіемъ тѣлеснаго, или умственнаго перенапряженія, существуетъ пониженное артеріальное давленіе, иногда весьма ясно выраженное. Точно также наблюдаются многочисленные случаи, когда у неврастениковъ обнаруживается повышенное кровяное давленіе. У такого рода больныхъ, неврастенія является заболѣваніемъ вторичнымъ, развивающимся на почвѣ артеріосклероза, подагры, или сахарной болѣзни, а также вслѣдствіе злоупотребленія алкоголемъ, мясной пищей и т. п., другими словами, вслѣдъ за какимъ-либо отравленіемъ. Въ виду того, что неврастеники перваго рода отличаются отъ больныхъ второго рода, какъ въ этіологическомъ, такъ и въ терапевтическомъ отношеніяхъ, то Fleury и считаетъ вполнѣ правильнымъ дѣлить ихъ на неврастениковъ съ пониженнымъ и повышеннымъ кровянымъ давленіемъ.

Рѣзкія уклоненія отъ нормы можетъ представлять у

нашихъ пацiентовъ пульсъ, который проявляетъ много сходныхъ чертъ, характерныхъ для пульса дѣтскаго возраста. Какъ у тѣхъ, такъ и у другихъ, подъ влiянiемъ ничтожнѣйшихъ поводовъ, наблюдаются его учащенiе, а иногда и неправильности. Обычно (Löwenfeld) частота пульса не превосходитъ въ среднемъ 80—100 ударовъ въ минуту, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ, временно, замѣчаются приступы настоящей тахикардiи при 180—200 ударахъ въ минуту.

Въ сравнительно недавнее время, Bishop, Vedrani и Erben, описали особое измѣненiе пульса у неврастениковъ. Заключается оно въ слѣдующемъ: если заставить больного присѣсть на корточки, или сильно наклониться впередъ, то, послѣ 4—15 ударовъ, наступаетъ замедленiе пульса, которое затѣмъ постепенно проходитъ и мало-по-малу достигаетъ своей нормальной частоты, независимо отъ того, остается-ли больной въ прежнемъ положенiи, или нѣтъ. Во время опыта, лицо неврастеника обычно принимаетъ слегка цiанотичную окраску, хотя ему рекомендуютъ не задерживать дыханiя. Подобное-же явленiе имѣло мѣсто и у неврастениковъ съ ясно выраженной тахикардiей. При повторенiи указанныхъ опытовъ, замедленiе пульса становилось менѣе отчетливымъ, а затѣмъ совершенно не наступало. Важно при этомъ то обстоятельство, что по мнѣнiю авторовъ, у людей нервно здоровыхъ, а также и при тахикардiи не неврастеническаго происхожденiя, это явленiе не наблюдается. Такимъ образомъ, описанный феноменъ долженъ имѣть дифференцiально—дiагностическое значенiе: причину его слѣдуетъ искать (Erben) въ увеличенной венозности крови, зависящей отъ замедленiя мозгового кровообращенiя и влiяющей раздражающимъ образомъ на центръ блуждающаго нерва. При откидыванiи головы назадъ, наступалъ тотъ-же феноменъ, въ особенности у неврастениковъ, страдающихъ тахикардiей. Такъ какъ у людей здоровыхъ, какъ

нами уже было сказано, замедленіе пульса не наблюдалось, то необходимо допустить также (Vedrani) существованіе у неврастениковъ повышенной возбудимости центровъ блуждающаго нерва.

Заявленія приведенныхъ выше авторовъ послужили предметомъ споровъ въ обществѣ психіатріи и неврологіи въ Вѣнѣ, при чемъ пришли къ заключенію, что описанное явленіе, хотя и имѣетъ весьма существенное значеніе, но все-же можетъ встрѣчаться иногда также и у лицъ, не страдающихъ неврастеніей.

Къ сусудодвигательнымъ разстройствамъ, встрѣчающимся при неврастеніи сравнительно рѣдко, необходимо отнести самопроизвольныя точечныя кровоизліянія въ ткани т. е. экхимозы. Roumenteau, въ своей диссертаціи, пишетъ, что произвольные экхимозы наблюдаются при весьма многихъ болѣзняхъ нервной системы, при чемъ они могутъ быть отчасти объяснены явленіями паралича сосудвигателей. Между тѣмъ, при неврастеніи намъ и приходится отмѣчать цѣлый рядъ сосудодвигательныхъ разстройствъ, которыя бываютъ иногда настолько рѣзко выражены, что дали поводъ Gilles de la Tourette сказать, что неврастеники и истеричные больные обнаруживаютъ какъ бы сосудодвигательный діатезъ. Кромѣ сосудодвигательныхъ разстройствъ, продолжаетъ Roumenteau, имѣетъ значеніе вспомогательной причины состояніе сосудистыхъ стѣнокъ на уровнѣ и поблизости экхимозъ, которыя, будучи поражены эндо-или періартеріитическими процессами, не выдерживаютъ повышеннаго артеріальнаго давленія, вызваннаго сосудвигательными разстройствами, вслѣдствіе чего можетъ иногда наступить выходъ кровяныхъ шариковъ изъ сосудовъ. Не исключена возможность и разрыва капилляровъ.

Houeix de la Brousse, имѣвшій случай наблюдать нѣсколькихъ неврастениковъ, страдавшихъ экхимозами, пола-

гаетъ, что кровоизлiянiя эти наступаютъ чаще въ болѣе позднiя стадiи болѣзни и предшествуются нѣкоторыми предвѣстниками, какъ то: чувствомъ зуда, жженiя, тупыми болями и т. п. Появляясь чаще на ногахъ, экхимозы развиваются толчками подъ влiянiемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ. Величина кровоизлiянiя можетъ быть разнообразна, подобно чувствительности въ этомъ мѣстѣ: то чувствительность притуплена, то нормальна. Каждое пятно держится приблизительно одинаковое время, не отличаясь въ этомъ существенно отъ обыкновеннаго экхимоза. Женскiй полъ, какъ будто нѣсколько болѣе предрасположенъ, и изъ 6-ти больныхъ автора, 5 были женщины. По мѣрѣ того, какъ неврастенiя проходитъ, исчезаютъ также постепенно и экхимозы.

Levi описываетъ случай, гдѣ у больной, 51-го года съ ясно выраженной неврастенiей, появлялись экхимозы преимущественно въ области нижнихъ конечностей, чему предшествовало характерное чувство жженiя. У другой больной авторъ наблюдалъ экхимозы на лицѣ, на глазахъ, на ногахъ и на рукахъ; кромѣ того, на первый день менструацiи у нея на конечностяхъ появлялись пузыри Pemphigus'а. Какихъ-либо истерическихъ симптомовъ у больной не отмѣчалось.

Указанiя на самопроизвольные экхимозы у неврастениковъ мы находимъ также въ докладѣ Etienn'а.

Не всегда однако дѣло ограничивается одними экхимозами. Въ литературѣ встрѣчаются указанiя на тотъ фактъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ у неврастениковъ могутъ наблюдаться также кровотеченiя изъ слизистыхъ оболочекъ, кровотеченiя—не имѣющiя ясно выраженной паталого-анатомической подкладки. Каково-же ихъ происхожденiе? На этотъ вопросъ различные авторы даютъ различные отвѣты. Такъ Stahl, Haller и др. допускаютъ теорiю спазма сосудовъ; Brown-Séquard говоритъ, что одновременное

сокращеніе вѣнъ и артерій заставляютъ кровь устремляться къ капиллярамъ, которые непомѣрно растягиваются, затѣмъ разрываются, вслѣдствіе чего наступаетъ кровотеченіе. Ausset считаетъ, что неврастеническія кровотеченія, подобно истерическимъ, зависятъ отъ сосудодвигательнаго паралича и т. д. Какова бы ни была причина интересующихъ насъ геморрагій, онѣ, пишетъ Solaro, наблюдаются лишь въ случаяхъ точно доказанной неврастеніи, наступаютъ съ большими промежутками времени, а иногда всего лишь разъ въ теченіе всей болѣзни. Прогнозъ—обычно благопріятный, такъ какъ потери крови всегда лишь незначительны; чтобы отразиться на здоровіи, онѣ должны были бы быть гораздо чаще. Во всякомъ случаѣ, прежде, чѣмъ ставить такой благопріятный прогнозъ, необходимо увѣриться, что кровотеченія больного не зависятъ отъ органическихъ причинъ. Важно также помнить, что нѣкоторые больные симулируютъ кровотеченія, насасывая кровь изъ зубовъ и изъ кровоточивыхъ десенъ. Что касается леченія, то оно, само собой понятно, должно быть направлено противъ нервной слабости, такъ какъ вліяя на послѣднюю, мы вмѣстѣ съ тѣмъ благотворно дѣйствуемъ и на геморрагіи.

Восемь наблюденій подобнаго рода кровотеченій были сдѣланы Lautrait'омъ, который особенно совѣтуетъ имѣть всегда ввиду возможность неврастеническихъ геморрагій, во избѣжаніе смѣшенія неврастеника съ человѣкомъ, страдающимъ туберкулезомъ или круглой язвой желудка: отъ этого зависитъ какъ прогнозъ, такъ и все дальнѣйшее леченіе.

Описаніе отдѣльныхъ случаевъ легочныхъ и желудочныхъ кровотеченій на почвѣ нервной слабости, мы встрѣчаемъ у Mesnard'a, Bernuchon'a и Mingazzini. Второй изъ названныхъ авторовъ собралъ, между прочимъ, 16 наблюденій, описанныхъ различными врачами. Mesnard

пишетъ, что ему лично пришлось лечить вдову 52-хъ лѣтъ, страдавшую неврастеніей съ 17-тилѣтняго возраста. Въ началѣ заболѣванія, имѣлись на лицо обычные стигматы нервной слабости: но когда больной исполнилось 32 года, то, при каждомъ обостреніи неврастеническаго состоянія, наступала вначалѣ обильная кровавая рвота. Возможность круглой язвы желудка была исключена. Питалась паціентка преимущественно молочной пищей и одинъ разъ въ сутки она ѣла мясное блюдо, послѣ котораго принимала внутрь довольно крѣпкій растворъ соляной кислоты, который долженъ былъ бы вызвать крайне непріятное ощущеніе, будь на лицо хотя бы простая эрозія слизистой оболочки. За отсутствіемъ подобныхъ послѣдствій очевидно, что мы имѣемъ дѣло со случаемъ неврастеническаго кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ. Другой паціентъ того-же автора, 50-тилѣтній неврастеникъ, внезапно, безъ всякой предшествовавшей или послѣдовавшей боли, вырвалъ въ одинъ пріемъ $^1/_2$ стакана весьма кислой жидкости, рѣзко окрашенной кровью. Органическихъ измѣненій обнаружить не удалось.

Весьма интересный случай изъ своей практики приводитъ Ausset. Касается онъ мужчины 37 лѣтъ, у котораго впервые, 12 лѣтъ тому назадъ, вслѣдъ за усиленнымъ умственнымъ трудомъ, наступила кровавая рвота. Нѣсколько лѣтъ спустя, рвота повторилась, при чемъ ей предшествовало сильное нравственное раздраженіе. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаружило особыхъ отклоненій отъ нормы, за исключеніемъ развѣ незначительнаго расширенія желудка и умѣренно выраженной нервной диспепсіи. Такъ какъ больной этотъ представлялъ съ одной стороны цѣлый рядъ клиническихъ признаковъ неврастеніи, а съ другой стороны, возможно было съ полной убѣдительностью исключить наличность легочнаго туберкулеза, круглой язвы или рака желудка, то авторъ приходитъ къ выводу, что мы

имѣемъ дѣло съ кровавой рвотой нервнаго происхожденія. При изслѣдованіи рвотной массы, Ausset нашелъ, что она состоитъ изъ нѣкотораго количества весьма ярко-красной крови съ примѣсью воды и слизи. По прошествіи двухъ часовъ, кровь оставалась еще не свернутой.

Вообще *вопросъ объ особенностяхъ крови* неврастениковъ возбудилъ интересъ многихъ авторовъ. Ausset, изслѣдовавъ нѣсколько случаевъ неврастеніи, сопровождавшихся кровотеченіями изъ слизистыхъ оболочекъ (кровавая рвота, кровянистыя выдѣленія изъ матки), нашелъ, что кровь при этихъ кровотеченіяхъ довольно характерна и отличается отъ крови при другого рода кровотеченіяхъ. Такъ, напримѣръ, она водяниста, не пѣниста и не свертывается въ сгустки. При анализѣ оказалось, что въ ней гемоглобина на $^1/_{15}$ меньше, нежели въ нормальной, также и число красныхъ кровяныхъ шариковъ было всего 100.000 въ 1 к. м. Причину кровотеченій, какъ уже нами было сказано, авторъ ищетъ въ параличѣ сосудовъ и, такъ какъ вообще секреція железъ сопровождается приливомъ крови къ нимъ, то легко можетъ произойти кровоизліяніе въ какого-либо рода железу (напр. желудка) и примѣшаться къ отдѣляемому ею секрету.

Замѣчу еще, что нерѣдко кровотеченію предшествуетъ чувство безпокойства и страха, которые постепенно исчезаютъ въ то время, какъ другія неврастеническія явленія усиливаются (Ausset, Bert).

Кромѣ изслѣдованія крови, получающейся при кровотеченіяхъ, нѣкоторые авторы обратили вниманіе на составъ ея у неврастениковъ вообще. При этомъ оказалось, что часто малокровный видъ паціентовъ не совпадаетъ съ уменьшеніемъ количества красныхъ кровяныхъ шариковъ, и что лишь въ исключительныхъ случаяхъ число ихъ ясно уменьшено Приходится даже удивляться, говоритъ Binswanger,

что мы на ряду съ крайне истощеннымъ, блѣднымъ, анемичнымъ видомъ неврастеника находимъ у него нормальное, или приблизительно нормальное количество красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Putnam-Jacobi находилъ даже, у ясно анемичныхъ неврастениковъ, количество красныхъ кровяныхъ шариковъ, превышавшее 5.500,000 въ 1 к. м.

Что уменьшеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ представляетъ явленіе далеко несвойственное неврастеніи, указываетъ также Luxenburg. Изъ 40 паціентовъ автора, страдавшихъ неврастеніей и истеріей, 18 изъ нихъ имѣли блѣдный и анемичный видъ: однако анализъ крови обнаружилъ, что, въ 16-ти случаяхъ этого хлоротическаго невроза, содержаніе воды и количество красныхъ кровяныхъ шариковъ было вполнѣ нормально. Только въ одномъ случаѣ было найдено увеличенное содержаніе воды въ крови. Такимъ образомъ, заключаетъ авторъ, малокровный видъ страдающихъ неврастеніей или истеріей не находитъ себѣ подтвержденія въ изслѣдованіи крови, такъ что не всегда анемическій видъ паціента даетъ право назначать ему желѣзо.

Въ противоположность количеству красныхъ кровяныхъ шариковъ, процентное содержаніе гемоглобина въ крови неврастениковъ бываетъ нерѣдко уменьшеннымъ (Litten, Lodor и др.), такъ что гемоглобина оказывается значительно меньше, чѣмъ можно было предполагать, основываясь на незначительномъ уменьшеніи количества красныхъ кровяныхъ шариковъ. Послѣднее обстоятельство имѣетъ весьма важное значеніе для отличія анеміи хлоротичныхъ отъ перниціозныхъ-тяжелыхъ ея формъ, такъ какъ при послѣднихъ, число красныхъ кровяныхъ шариковъ, по сравненію съ содержаніемъ гемоглобина, рѣзко падаетъ въ самомъ началѣ заболѣванія.

Весьма ясно иллюстрируется несоотвѣтствіе между ко-

личествомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и количествомъ гемоглобина въ крови неврастеника слѣдующими двумя случаями, описанными Binswanger'омъ.

Первый изъ нихъ касается молодой, 24-хълѣтней женщины, которая, будучи ростомъ 167 сан., вѣсила 98 фун. Похудѣніе у нея развилось вслѣдъ за тремя крайне тяжелыми, непосредственно слѣдовавшими одни за другими, родами. Послѣдніе годы у больной стали появляться сильныя головныя боли, а также непостоянныя невралгическія боли въ конечностяхъ и пояснидѣ. При изслѣдованіи больной, умственныя способности ея необнаруживаютъ уклоненія отъ нормы; жалобы ея сводятся, главнымъ образомъ, на постоянную двигательную слабость, на головокруженіе и обморочныя состоянія при стояніи и хожденіи, на плохой сонъ, отсутствіе аппетита и на нервныя боли во время пищеваренія. При внѣшнемъ осмотрѣ отмѣчается ясно выраженная блѣдность видимыхъ слизистыхъ оболочекъ и почти полное отсутствіе подкожнаго жирового слоя. Мускулатура развита крайне слабо. Внутренніе органы—въ порядкѣ. Анализъ крови показалъ 4,500,000 красныхъ кровяныхъ шариковъ въ 1 к. с., другими словами, лишь незначительное ихъ уменьшеніе. Напротивъ того, сами кровяные шарики нѣсколько слабѣе окрашены и доказываютъ ясное уменьшеніе содержанія гемоглобина; болѣе точное его опредѣленіе дало 77%.

Второй случай касается 19-тилѣтней молодой дѣвушки, у которой число кровяныхъ шариковъ 4,100.000, гемоглобина же было 71%.

Разстройства желудочно-кишечныхъ функцій.

Ввиду важности и интереса, который представляютъ собою разстройства функцій желудочно-кишечнаго тракта у неврастениковъ, я остановлюсь на нихъ нѣсколько подроб-

нѣе, пользуясь при описаніи преимущественно данными и взглядами Krafft-Ebing'а и Binswanger'а, съ которыми согласно большинство современныхъ авторовъ.

Разстройства эти, опредѣленнымъ образомъ группируясь могутъ составлять почти единственные, главнѣйшіе симптомы нервной слабости, выдѣленной, въ такомъ случаѣ, въ отдѣльный видъ подъ названіемъ: желудочно-кишечной неврастеніи. Въ другомъ рядѣ случаевъ, симптомы со стороны пищеварительнаго тракта лишь примѣшиваются къ другимъ многочисленнымъ проявленіямъ болѣзни Beard'а и, при томъ, чаще всего къ черепномозговому ея виду. Такое совпаденіе симптомовъ мозговыхъ съ желудочно-кишечными становится понятнымъ, если вспомнить о той тѣсной зависимости, которая существуетъ между психикой и пищеварительными процессами. Всѣмъ извѣстно то громадное вліяніе, которое могутъ оказывать психическіе процессы на секреторную и двигательную работу желудка и кишекъ, а также обратное вліяніе хроническихъ заболѣваній пищеварительныхъ органовъ на мозгъ и на нашу психику. Эта тѣсная зависимость послужила, между прочимъ, исходной точкой такихъ крайнихъ, противоположныхъ мнѣній, какъ-то: что состояніе психики нашихъ больныхъ можетъ быть всецѣло объяснено измѣненіями со стороны желудочно-кишечнаго тракта, или напротивъ, что сами диспептическія явленія суть происхожденія чисто психическаго.

Разбирая процессъ пищеваренія съ самаго его начала, т. е., съ момента поступленія пищи въ ротъ, мы уже здѣсь можемъ отмѣтить то обстоятельство, что нѣкоторые больные указываютъ на недостаточность у нихъ слюны, на разстройства жеванія и глотанія. Вы услышите отъ паціентовъ, что они вырабатываютъ лишь крайне ограниченное количество тягучей, липкой слюны, обладающей кисловатымъ вкусомъ и неспособной къ тѣсному смѣшенію съ пищевыми части-

цами. Даже если жеванiе совершается вполнѣ безпрепятственно, то и въ такомъ случаѣ больнымъ стоитъ большого труда проглатывать сухiе сбитые пищевые комки. „Пища застреваетъ у меня въ горлѣ“, говоритъ больной, „я долженъ ее проглатывать съ большимъ усилiемъ, или запить водой, иначе я вообще не въ состоянiи питаться“. Эти жалобы (Binswanger) высказывались молодой, анемичной, крайне слабой дамой, рѣзко похудѣвшей, вслѣдствiе недостаточнаго принятiя пищи. На каждую ѣду, если только она не состояла изъ жидкой пищи, больная употребляла отъ 1/2 до 1 часа времени. Она медленно перемѣщала во рту кусокъ, оставляла его на нѣкоторое время за щекой, дѣлала всяческiя попытки его проглотить и, наконецъ, препровождала въ пищеводъ вмѣстѣ съ глоткомъ воды. Когда понадобилось, съ лечебной цѣлью, примѣнить усиленное питанiе пацiентки, то пришлось ограничиваться жидкой, или крайне измельченной пищей.

Во всякомъ случаѣ, главной жалобой почти всегда служитъ рѣзко выраженная сухость слизистой оболочки рта, кисловатый, а иногда невозможно горькiй вкусъ и быстрая утомляемость при жеванiи. Очевидно, въ подобныхъ случаяхъ, играетъ роль недостаточная двигательная энергiя жевательныхъ и язычныхъ мышцъ; ихъ дѣятельность крайне ослаблена; движенiя языка совершаются болѣе медленно и вяло. Трудно рѣшить, вызываетъ ли нарушенная мышечная работа аномалiю въ выдѣленiи слюны, или, наоборотъ недостатокъ слюны обусловливаетъ относительно трудную, не легко исполнимую для мышцъ работу. Въ приведенномъ выше случаѣ Binswanger видитъ причину затрудненiя питанiя въ послѣдней изъ указанныхъ причинъ. Въ пользу такого мнѣнiя говоритъ чувство сильной усталости, локализирующееся въ жевательныхъ мышцахъ. Подобнымъ-же образомъ могутъ быть объяснимы и разстройства глотанiя.

Приходится однако иногда встрѣтиться и съ такими больными, у которыхъ затрудненіе жеванія и глотанія не зависятъ отъ мышцъ. Здѣсь въ основѣ лежитъ повышенная болевая чувствительность, вызываемая соприкосновеніемъ пищи со слизистой оболочкой рта и глотки. При каждомъ кускѣ, который паціентъ беретъ въ ротъ, онъ испытываетъ жгучія, стягивающія, колющія ощущенія, которыя крайне затрудняютъ пріемъ пищи. Весь ротъ кажется иногда какъ бы обожженнымъ. Точно также и языкъ бываетъ весьма болѣзненнымъ, въ особенности края его. Больнымъ кажется, будто имѣется цѣлый рядъ царапинъ, вызванныхъ острыми краями зубовъ. При изслѣдованіи удается обнаружить поверхностныя, незначительныя слущиванія эпителія, каковыя обычно легко переносятся здоровыми людьми; у нашихъ же больныхъ, вслѣдствіе повышенной болевой чувствительности, они служатъ исходной точкой невыносимо тяжелыхъ болѣзненныхъ явленій, вредно вліяющихъ даже на состояніе питанія.

Къ числу непріятныхъ ощущеній, довольно часто служащихъ мотивомъ жалобъ нашихъ больныхъ и, на нѣкоторое время, препятствующихъ правильному питанію, относятся колющія, раздражающія боли въ области боковыхъ стѣнокъ глотки, преимущественно же у миндалинъ. Паціентъ приходитъ къ врачу съ заявленіемъ, что онъ проглотилъ рыбью кость или тонкую косточку, застрявшую у него въ боковой стѣнкѣ глотки; однако внимательное изслѣдованіе ничего подобнаго не обнаруживаетъ. Дѣло идетъ, по всей вѣроятности, о послѣдовательномъ болѣзненномъ ощущеніи, вызванномъ временнымъ механическимъ раздраженіемъ соотвѣтствующей части слизистой оболочки. Чаще всего подобныя жалобы высказываются больными, у которыхъ въ дѣйствительности когда-либо колющій предметъ оцарапалъ глотку.

Изъ непріятныхъ ощущеній въ глоткѣ необходимо указать еще на чувство сдавливанія, мѣшающее иногда глотанію, а также на чувство подкатывающагося къ горлу шара (globus). Послѣднее явленіе, считавшееся прежде характернымъ для истеріи, по мнѣнію Binswanger'a, встрѣчается и у обыкновенныхъ неврастениковъ.

Сравнительно болѣе рѣдкой причиной, препятствующей правильному жеванію, служитъ болѣзненность суставовъ челюстей при движеніи. Боли эти, встрѣчающіяся чаще у молодыхъ нервныхъ лицъ, возникаютъ при каждомъ жевательномъ движеніи и отдаютъ какъ въ затылокъ, такъ и вдоль всей нижней челюсти. Легкое надавливаніе на сочлененіе оказывается болѣзненнымъ; обнаружить же какое-либо заболѣваніе сустава не удается.

Пища, попавъ изъ ротовой полости черезъ пищеводъ въ желудокъ, здѣсь особенно часто служитъ источникомъ крайне непріятныхъ и мучительныхъ для неврастеника ощущеній. Заключаются, они въ томъ, что весь процессъ пищеваренія, который, при нормальныхъ условіяхъ, не вліяетъ замѣтнымъ образомъ на нервную систему, у неврастениковъ весьма ясно отражается на послѣдней. Одна изъ больныхъ Krafft-Ebing'a мѣтко выразилась, сказавъ, что „весь процессъ пищеваренія доходитъ до моего сознанія“. Эта ненормальная, тягостная реакція на пищеварительныя явленія объясняется отчасти гиперестезіей окончаній чувствительныхъ вѣточекъ блуждающаго нерва, иннервирующаго слизистую оболочку желудка, отчасти же обычною крайне легкою при неврастеніи иррадіацией и переносомъ раздраженій спеціально на сосудодвигательную нервную систему въ области мозга и сердца.

Вслѣдствіе непомѣрно сильной чувствительности неврастениковъ, уже физіологическія раздраженія, связанныя съ нормальнымъ процессомъ пищеваренія, оказываются доста-

точными, чтобы вызвать цѣлый рядъ тягостныхъ явленій со стороны желудка.

Впервые точно описалъ этотъ видъ диспепсіи Leube, который доказалъ, что она представляетъ собою ничто иное, какъ усиленіе процессовъ, сопровождающихъ пищевареніе людей здоровыхъ, при вполнѣ нормальномъ химизмѣ, нормальной двигательной функціи и, слѣдовательно, вполнѣ нормальныхъ по полнотѣ и продолжительности пищеваренія.

Разстройства, ощущаемыя больными, страдающими этой формой диспепсіи, всегда тѣсно связаны съ явленіями пищеваренія и наступаютъ во время пищеваренія, затѣмъ исчезаютъ съ его окончаніемъ. Заключаются они въ чувствѣ давленія и полноты въ области желудка, въ плохомъ вкусѣ, доходящемъ до тошноты, въ отрыжкѣ, сопровождающейся нѣкоторымъ облегченіемъ, въ сильномъ вздутіи желудка и даже въ легкомъ шумѣ плеска.

Со стороны мозга изъ непріятныхъ ощущеній, сопутствующихъ процессу пищеваренія, наблюдаются: тяжесть головы, отуманеніе, доходящее иногда до полной неспособности къ ясному мышленію, приливы крови къ головѣ, сопровождающіеся мельканіемъ искръ передъ глазами, шумъ въ ушахъ, нервное возбужденіе, сопряженное съ чувствомъ страха, и сонливость. Къ этому присоединяются иногда сердцебіеніе, чувство пульсаціи сосудовъ и дѣйствительное усиленіе этой пульсаціи вмѣстѣ съ расширеніемъ артерій; особенно ясно обнаруживается это въ надчревной области, (pulsatio epigastrica), какъ признакъ и явленіе, сопутствующіе раздражительной слабости сосудодвигательной функціи.

Аппетитъ, при этой Leub'овской формѣ диспепсіи, обыкновенно бываетъ нормальный, хотя больные иногда уменьшаютъ количество пищи, имѣя въ виду этимъ ослабить непріятныя осложненія пищеваренія.

Нерѣдко наблюдаются при этомъ также затрудненія со стороны дыханія, такъ называемая asthma dyspepticum. Состояніе это, сопровождающееся чувствомъ предсердечной тоски и страха, и весьма непріятное для больного, зависитъ, по всей вѣроятности, отъ иррадіаціи раздраженія желудочныхъ вѣтвей блуждающаго нерва на его легочныя вѣтви, а также отъ давленія вздутаго желудка на діафрагму, сердце и легкія (André). И дѣйствительно, допустивъ судорожное сокращеніе мышцъ, сжимающихъ какъ входъ, такъ и выходъ желудка, нѣсколько расширеннаго и наполненнаго газами и воздухомъ, намъ станутъ вполнѣ понятными непріятныя ощущенія, связанныя съ такимъ состояніемъ. Послѣ выхода воздуха вверхъ или внизъ, больные сразу чувствуютъ почти полное облегченіе. Подобные припадки наблюдаются къ счастью у одного и того-же больного сравнительно рѣдко, иногда не чаще двухъ—трехъ разъ въ годъ.

При переходѣ пищи изъ желудка въ кишечникъ, этотъ послѣдній также даетъ о себѣ знать при занимающей насъ нервной диспепсіи. Въ зависимости отъ гиперестезіи кишечника, пищевая кашица, проникая въ тонкія кишки, сопровождается цѣлымъ рядомъ непріятныхъ субъективныхъ ощущеній, какъ то: полнотой, давленіемъ, тоской, вздутіемъ, чувствомъ усиленной перестальтики, жженіемъ, общимъ недомоганіемъ, вялостью и временной неспособностью къ какому бы то ни было умственному напряженію. Очевидно, что при этомъ достигаютъ сознанія больного, вслѣдствіе повышенной чувствительности стѣнокъ кишечника, процессы ассимиляціи и перемѣщеніе содержанія кишекъ, которые, при нормальныхъ условіяхъ, нисколько не отражаются на самочувствіи людей.

Такъ какъ подобныя явленія продолжаются по нѣсколько часовъ подрядъ и при томъ повторяются почти послѣ каждаго пріема пищи, то естественно, что больной начи-

наетъ усиленно обращать вниманіе на свой кишечникъ и выводить весьма неутѣшительныя заключенія относительно его состоянія. Вмѣстѣ съ тѣмъ паціентъ принимаетъ также цѣлый рядъ мѣръ, которыя ему кажутся наиболѣе цѣлесообразными. Одни уменьшаютъ количество пищи, другіе стараются не ѣсть за нѣсколько часовъ до сна, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, непріятныя ощущенія въ кишечникѣ имъ не даютъ возможности уснуть, иные усиленно прибѣгаютъ къ слабительнымъ.

Одна изъ паціентокъ Binswanger'а, худая, какъ скелетъ, дама, бывшая подъ его наблюденіемъ, нѣсколько лѣтъ принимала огромныя дозы всевозможныхъ слабительныхъ средствъ, лишь бы только избавиться отъ чувства полноты въ кишечникѣ и вызвать его полное опорожненіе. Между тѣмъ, производя изслѣдованіе черезъ абсолютно лишенныя жира брюшныя стѣнки, можно было легко прощупать отдѣльныя кишечныя петли и убѣдиться, что онѣ совершенно пусты. При леченіи всѣ слабительныя средства были отмѣнены. Путемъ молочной діэты, а затѣмъ и назначеніемъ липанина, удалось добиться самостоятельнаго опорожненія желудка. Парестетическія ощущенія исчезли подъ вліяніемъ гидротерапіи, электризаціи и т. п. средствъ.

Кромѣ этихъ неопредѣленныхъ ощущеній, занимающихъ область живота, въ отдѣльныхъ случаяхъ могутъ наблюдаться даже боли со строгой локализаціей. Тутъ уже не только паціентъ, но и врачъ невольно задумывается надъ возможностью какого-либо мѣстнаго заболѣванія кишечника, вызывающаго эти жгучія, колющія, сверлящія боли.

Весьма поучительнымъ является случай, описанный указаннымъ выше авторомъ. Дѣло касается 38-милѣтняго офицера, неврастеника, у котораго на ряду съ различными патологическими ощущеніями, въ теченіе цѣлаго ряда мѣсяцевъ, имѣлось крайне болѣзненное мѣсто, величиною въ серебря-

ный рубль и расположенное въ области перехода поперечной ободочной кишки въ ея нисходящую часть. Боли почти никогда не покидали пацiента; во время же пищеваренiя, онѣ рѣзко усиливались. Самъ больной утверждалъ, что чувствуетъ, какъ каловыя массы, механически раздражая при своемъ прохожденiи указанное мѣсто кишки, вызываютъ эти нестерпимыя боли. Такъ какъ больной, за нѣсколько лѣтъ до этого, заразился сифилисомъ и, кромѣ того, страдалъ ясно выраженнымъ катарромъ кишечника, то явилось весьма естественнымъ предположенiе о возможности существованiя рубцоваго суженiя, какъ слѣдствiя люэтической язвы. Пацiентъ оказался настолько настойчивымъ, что, въ концѣ концовъ, ему удалось упросить хирурга произвести чревосѣченiе съ цѣлью удаленiя наболѣвшаго мѣста кишки. При операцiи самое тщательное изслѣдованiе какъ толстыхъ, такъ и тонкихъ кишекъ не обнаружило никакихъ отклоненiй отъ нормы. Не желая разочаровывать больного, ему сообщили послѣ операцiи, что было найдено удлиненiе кишечной петли, которое устранено. Съэтого-же часа локализированная боль исчезла и не повторялась болѣе и въ слѣдующiе годы.

Подобно тому, какъ пребыванiе пищи въ желудкѣ и кишкахъ можетъ быть мучительнымъ для неврастеника, точно также и выведенiе ихъ, т. е. актъ дефекацiи, можетъ сопровождаться мучительными явленiями. При этомъ наблюдаются разнообразныя паралгическiя ощущенiя, за которыми слѣдуютъ чувства усталости, слабости, доходящiя до обморочнаго состоянiя; все это можетъ сопровождаться явленiями слабости со стороны сердца, чувствомъ страха и также холоднымъ потомъ. Естественно, что пацiентъ, съ цѣлью устраненiя всѣхъ этихъ мученiй, старается избѣгать стула и подавлять, насколько возможно, позывы къ испражненiю. Результатомъ этого могутъ явиться весьма тяжелые и трудно поддающiеся, какому бы то ни было леченiю, запоры.

Всѣ описанныя выше непріятныя ощущенія, сопутствующія акту пищеваренія, могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ осложниться разстройствами секреторными, двигательными и чувствительными въ формѣ кардіалгіи. Впрочемъ, разстройства эти могутъ являться иногда и не какъ осложненія, а какъ первоначальныя, самостоятельныя явленія. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, они, подобно классической формѣ диспепсіи Leube, не зависятъ отъ какихъ-либо опредѣленныхъ органическихъ измѣненій и должны быть отнесены къ проявленіямъ нервной диспепсіи.

Эти уже болѣе тяжелые симптомы, комбинируясь другъ съ другомъ, даютъ картину желудочно-кишечной неврастеніи, хотя могутъ временно сопутствовать другимъ формамъ нервной слабости и составлять одинъ изъ общихъ ея признаковъ. Послѣднее обстоятельство вполнѣ понятно, такъ какъ вытекаетъ изъ того громаднаго вліянія, какое оказываютъ психическія процессы на функцію желудочно-кишечнаго тракта, а также изъ факта преобладанія вообще психическихъ симптомовъ въ картинѣ неврастеніи.

Въ чемъ въ сущности заключается вліяніе психики на выдѣленіе желудочныхъ соковъ, того мы не знаемъ. Изслѣдованіями многихъ авторовъ доказано, что у неврастениковъ съ ясно выраженными диспептическими симптомами, часто удается обнаружить отклоненія отъ нормы количества соляной кислоты, иногда въ сторону ея увеличенія, а иногда уменьшенія. Необходимо однако при этомъ помнить, что и при нормальныхъ условіяхъ наблюдаются весьма значительныя индивидуальныя колебанія въ количествѣ содержанія соляной кислоты, а именно: отъ 1,5—3‰. Нѣсколько точнѣе опредѣлили эти границы Leubuscher и Ziehen, которые нашли, что количество кислоты, при нормальной ея секреціи колеблется отъ 1,5—2,5‰.

Binswanger, производившій, въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ, количественное опредѣленіе соляной кислоты содержимаго желудка лицъ, страдавшихъ нервной диспепсіей, приходитъ къ заключенію, что въ чистыхъ случаяхъ (нервной диспепсіи) т. е. въ тѣхъ, гдѣ не имѣется признаковъ катарральнаго пораженія слизистой оболочки желудка, сила и характеръ желудочныхъ страданій могутъ быть совершенно независимыми отъ степени выдѣленія соляной кислоты. И дѣйствительно, субъективныя жалобы, высказываемыя при пониженномъ, нормальномъ и при повышенномъ содержаніи кислоты, могутъ быть совершенно одинаковы. Для многихъ случаевъ нервной диспепсіи можетъ даже считаться характернымъ тотъ фактъ, что, при опредѣленіи одинаковымъ методомъ у одного и того-же больного, но въ различное время, количество свободной и связанной соляной кислоты можетъ оказаться совершенно различнымъ, такъ что не можетъ быть и рѣчи объ опредѣленномъ разстройствѣ функціи секреторнаго железистаго аппарата.

Наряду съ этимъ, наблюдаются и другіе случаи, при которыхъ диспептическія страданія, сравнительно продолжительное время, сопровождаются опредѣленнымъ разстройствомъ отдѣленія соляной кислоты. Такъ, въ литературѣ имѣются точныя указанія, что временныя диспепсіи у неврастениковъ, могутъ явиться слѣдствіемъ значительнаго уменьшенія желудочной секреціи, вызванной душевными волненіями и переутомленіемъ. При этомъ однако пищеварительная дѣятельность желудка можетъ оказаться не нарушенной; точно также нужно помнить, что даже полное отсутствіе кислоты можетъ существовать безъ всякихъ патологическихъ ощущеній со стороны желудка. Подобный случай описываетъ Clarke: у больного, помимо сердечныхъ симптомовъ (сердцебіеніе, обмороки), особенно рѣзко проявлялась нервная диспепсія. Больной жаловался на жженіе

въ области желудка и на сильное его вздутіе послѣ пріема пищи. Изслѣдованіе обнаружило лишь незначительное расширеніе желудка и, —что особенно важно—полное отсутствіе соляной кислоты въ теченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ. Послѣ повторныхъ промываній желудка, расширеніе исчезло, двигательная способность стала нормальна и, не смотря на отсутствіе соляной кислоты, прекратились диспептическіе симптомы. Въ концѣ концовъ, соляная кислота, хотя и въ маломъ количествѣ, но снова появилась въ желудочномъ сокѣ.

Значительно чаще, чѣмъ уменьшеніе соляной кислоты у неврастениковъ, подъ вліяніемъ тѣхъ-же причинъ, наблюдается усиленное ея отдѣленіе, вызывающее хорошо извѣстныя ощущенія жгучихъ, сверлящихъ болей въ области желудка и пищевода (изжоги). Эта hyperchlorhydria (увеличеніе соляной кислоты) иногда наступаетъ въ видѣ приступовъ, чаще же продолжается болѣе или менѣе долгое время. Первымъ, точно описавшимъ приступы внезапной hyperchlorhydri'и былъ Rossbach, который далъ ей названіе gastroxynsis. Развивается gastroxynsis подъ вліяніемъ психическихъ моментовъ, подъ вліяніемъ химическихъ или механическихъ раздраженій слизистой оболочки желудка, а также отравленія, въ особенности, никотиномъ. Начинается припадокъ жгучей, сверлящей судорожной болью въ области желудка, наступающей вслѣдъ за рядомъ предвѣстниковъ, въ видѣ головной боли, общаго недомоганія и тошноты. На высотѣ припадка, больные себя чувствуютъ очень плохо: боли становятся невыносимыми и продолжаются до тѣхъ поръ, пока припадокъ не закончится рвотой, жидкимъ сильно кислымъ желудочнымъ содержимымъ.

Особенно тяжелы тѣ случаи, когда пароксизмы повторяются не однократно въ сравнительно короткій срокъ. какъ, напр., въ теченіе нѣсколькихъ дней. Больные сильно исто-

щаются, страдаютъ полнымъ отсутствіемъ аппетита, упорными запорами, позывами къ рвотѣ и опоясывающими, тянущими, сверлящими болями въ области желудка. Изслѣдованіе рвотныхъ массъ обнаруживаетъ значительное повышеніе въ нихъ соляной кислоты, которой въ одномъ случаѣ у Rossbach'a оказалось 4°/oo.

Boas, желая объяснить эти приступы и руководствуясь своимъ опытомъ, согласно которому усиленное образованіе кислоты можетъ имѣть мѣсто въ свободные отъ припадковъ промежутки, и количество желудочнаго сока во время припадка не должно быть обязательно увеличено по сравненію съ таковымъ внѣ его,—ставитъ вполнѣ основательный вопросъ: не зависятъ ли, въ подобныхъ случаяхъ, приступы отъ продолжительнаго всасыванія обильнаго, сильно кислаго желудочнаго сока въ кровь?

Какъ нами было уже сказано, hyperchlorhydria у неврастениковъ бываетъ чаще длительной, чѣмъ эпизодической,—кратковременной. Reichmann и Rosenthal, подъ именемъ gastroxia nervosa, описали состоянія диспепсіи, сопровождающіяся весьма сильной продолжительной гиперсекреціей соляной кислоты. Такъ какъ при этомъ усиленная кислотность зависитъ исключительно отъ соляной кислоты, а не отъ кислотъ органическихъ (молочной, масленой или уксусной), развивающихъ на почвѣ не нормальныхъ процессовъ разложенія, то указанная gastroxia nervosa ясно отличается отъ тяжелыхъ формъ атонической диспепсіи, въ особенности отъ той, которая наблюдается при органическихъ суженіяхъ привратника и сопровождается расширеніемъ желудка.

Кромѣ разстройствъ секреторныхъ при нервной диспепсіи, большую роль играютъ разстройства двигательныя. Выражаются они атоніей желудка, которая у неврастеника зависитъ прежде всего отъ общаго пониженія нервной энергіи, частнымъ проявленіемъ чего служитъ ослабленіе

двигательной функціи желудка. Временная его атонія вызывается переполненіемъ пищей, ошибками въ діэтѣ, въ особенности холодными напитками, сильными душевными волненіями и умственнымъ переутомленіемъ. Само собой разумѣется, что общее состояніе питанія, его разстройство столь часто осложняющее неврастенію, также занимаетъ видное мѣсто среди причинъ, способствующихъ пониженію тонуса желудочныхъ мышцъ, т. е. его расширенію.

Гораздо болѣе важное двигательное разстройство, по мнѣнію Binswanger'а, зависитъ отъ ослабленія центральныхъ импульсовъ, то, что Kussmaul назвалъ torpor peristalticus, т. е. пониженная возбудимость нервнаго аппарата, вызывающаго перистальтику. Правда, наши свѣдѣнія касательно механизма, завѣдующаго перистальтикой желудка, еще не полны. Можно лишь сказать, что движенія желудка вызываются либо механическимъ вліяніемъ пищевыхъ веществъ, либо желудочной кислотой. Клиническія явленія недостаточной двигательной дѣятельности могутъ однако быть вызваны также и тѣмъ, что механическое или химическое раздраженіе, вслѣдствіе ненормальнаго сопротивленія въ рефлекторномъ аппаратѣ, вызываетъ лишь съ опозданіемъ движеніе желудка, такъ что въ такихъ случаяхъ имѣется дѣло не столько съ ослабленіемъ, сколько съ замедленнымъ развитіемъ двигательныхъ импульсовъ. Что при неврастеніи наблюдается подобное патологическое состояніе, доказываютъ тѣ случаи, при которыхъ не имѣется признаковъ желудочной атоніи, а между тѣмъ обнаруживается замедленіе движенія пищевой кашицы при выкачиваніи желудочнаго содержимаго. Причиной замедленія желудочной перистальтики можетъ служить также (Kussmaul) торможеніе ея, исходящее изъ различныхъ областей нервной системы и возникающее подъ вліяніемъ душевныхъ волненій.

Большой интересъ представляетъ собой изъ разстройствъ двигательныхъ наблюдающаяся иногда у неврастениковъ нервная рвота; эта послѣдняя, повторяясь часто, отражается крайне неблагопріятно на состояніи питанія больныхъ и затрудняетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ леченіе. Характернымъ при этомъ является: необычайная легкость, съ которой наступаетъ рвота, громадное вліяніе, оказываемое аффектами на ея появленіе, а также то обстоятельство, что качество и количество пищи не играютъ роли. Рвоты нерѣдко наступаютъ и при пустомъ желудкѣ.

Отъ нервной рвоты необходимо отличать отрыгиваніе жвачки, которое наступаетъ у нѣкоторыхъ неврастениковъ во время тяжелыхъ болѣзненныхъ приступовъ со стороны желудка. При этомъ ни рвотныхъ потугъ, ни тошноты не отмѣчается, а происходитъ простое препровожденіе къ верху непережеванныхъ пищевыхъ частицъ. Это препровожденіе вызывается отчасти брюшнымъ прессомъ, или же непроизвольной рефлекторной антиперистальтикой пищевода при одновременномъ разслабленіи входа въ желудокъ; разслабленіе же это можетъ въ свою очередь зависѣть отъ судорожнаго сокращенія m. dilatator cardiae, иннервируемаго блуждающимъ нервомъ.

Не менѣе тягостнымъ для больного, но, можетъ быть, еще болѣе непріятнымъ для окружающихъ бываетъ такъ называемая нервная отрыжка. Заключается она въ судорожныхъ, часто повторяющихся припадкахъ отрыжки, при которой отрыгивается атмосферный воздухъ. Въ прежнее время, на эти припадки смотрѣли какъ на характеристичный признакъ истеріи, однако, по справедливому замѣчанію Binswanger'a, они бываютъ и у неврастениковъ, у которыхъ отсутствуютъ какіе бы то ни было физическіе или психическіе симптомы истеріи.

Подъ именемъ перистальтическаго безпокойства желудка,

Kussmaul впервые описалъ усиленныя перистальтическія и антиперистальтическія движенія желудка и верхней части кишечника, которыя ощущаются неврастениками въ видѣ крайне мучительныхъ стягиваній и волнообразныхъ движеній въ области живота. При внѣшнемъ осмотрѣ отмѣчается весьма оживленное движеніе во всемъ mesogastrium'ѣ. Движенія эти могутъ наступать независимо отъ пріема пищи и сильно мѣшать ночному покою больного.

Въ заключеніе, изъ двигательныхъ разстройствъ остается еще упомянуть объ одномъ клиническомъ явленіи, которое указываетъ не столько на повышенную, сколько на ускоренную двигательную дѣятельность желудка. Въ единичныхъ случаяхъ, при выкачиваніи желудочнаго содержимаго, обнаруживается ненормально быстрое, преждевременное перемѣщеніе пищевой кашицы въ кишечникъ. Желудокъ оказывается пустымъ такъ скоро послѣ принятія пищи, что его переваривающая дѣятельность не можетъ быть нормально законченной, и, такимъ образомъ, пищевыя вещества лишь въ недостаточной степени подвергаются переваривающему вліянію желудочнаго сока. Въ соотвѣтствующихъ случаяхъ находятъ непереваренныя пищевыя частицы и въ каловыхъ массахъ. Очевидно, что намъ приходится имѣть дѣло съ какимъ-то разстройствомъ регулирующихъ приспособленій, которое, въ противоположность torpor peristalticus, вызываетъ преждевременную перистальтику желудка.

Изъ разстройствъ чувствительныхъ необходимо указать на гиперестезію слизистой оболочки желудка къ давленію, идущему извнѣ и изнутри (со стороны пищевыхъ веществъ), на гиперестезію, сопровождающуюся паралгіями, а иногда даже и рвотой. Кардіалгіи встрѣчаются сравнительно рѣдко.

Необходимо еще указать, что не только слизистая оболочка желудка можетъ обладать повышенной чувствительностью, но и кожа живота, расположенная надъ нимъ, отли-

чается иногда гиперестезіей. Уже легкое прикосновеніе или треніе одежды вызываютъ весьма рѣзкія боли. Онѣ особенно сильны послѣ принятія пищи, или же въ тѣхъ случаяхъ, когда желудокъ нѣсколько вздутъ вслѣдствіе скопленія воздуха. Больные принуждены бываютъ даже растегивать стѣсняющую ихъ одежду.

Что касается кардіалгій, то онѣ, будучи въ сущности совершенно независимыми отъ принятія пищи, представляютъ собой приступы сильныхъ эпигастрическихъ болей. Боли эти имѣютъ характеръ судорожно-сжимающій, рвущій, сверлящій, и отдаютъ въ правое и лѣвое подреберье; на высотѣ припадка онѣ могутъ ощущаться даже въ глубинѣ спины.

Кромѣ секреторныхъ, двигательныхъ и чувствительныхъ разстройствъ желудка чисто функціональнаго происхожденія, у неврастениковъ, высказывающихъ жалобы на различныя диспептическія явленія, могутъ наблюдаться и такія картины болѣзни, при которыхъ изслѣдованіе обнаруживаетъ также наличность острыхъ и хроническихъ катарральныхъ пораженій слизистой оболочки желудка. Подобное явленіе представляется вполнѣ естественнымъ, если принять во вниманіе, что патологическія колебанія секреторной дѣятельности, въ особенности же функціональная атонія, вслѣдствіе неполноты процессовъ перевариванія или вслѣдствіе непомѣрно долгаго пребыванія пищи въ желудкѣ, прямо предрасполагаютъ къ механическимъ раздраженіямъ слизистой оболочки желудка. При неправильномъ діэтическомъ режимѣ, въ особенности при полифагіи неврастениковъ, развитіе острыхъ и хроническихъ гастритовъ еще болѣе ускоряется.

Какъ осложненіе нервной диспепсіи можетъ явиться также стойкое расширеніе желудка, которое, въ отдѣльныхъ случаяхъ, служитъ толчкомъ или усиливающимъ моментомъ для развитія неврастеническихъ симптомовъ.

Къ осложненіямъ, а по мнѣнію французскихъ авторовъ, къ причинамъ нервной слабости относится еще gastroenteroptosis, описанный Glénard'омъ. О немъ мы уже имѣли случай говорить въ главѣ о причинахъ неврастеніи. Здѣсь замѣчу только, что вопросъ, какъ смотрѣть на опущеніе желудка, какъ на осложненіе-ли, или какъ на причину неврастеніи, послужилъ темой для весьма обширныхъ споровъ между клиницистами. Большинство авторовъ разсматриваетъ опущеніе, какъ осложненіе неврастеніи, что, между прочимъ, вытекаетъ и изъ работы Ewald'a, подвергнувшаго критикѣ различныя, высказанныя по этому поводу, мнѣнія. Binswanger прямо заявляетъ, что, насколько онъ признаетъ возможность разрыхленія связокъ желудка сильно похудѣвшаго и истощеннаго неврастеника, настолько не соглашается съ воззрѣніемъ Glenard'a, что, вслѣдствіе разслабленія связокъ и послѣдующаго нѣкотораго опущенія желудка, можетъ возникнуть неврастенія.

Stiller, занимавшійся вопросомъ объ enteroptos'ѣ у неврастениковъ, говоритъ, что, на-ряду съ опущеніемъ внутренностей, весьма часто у больныхъ удается отмѣчать также присутствіе десятаго, а въ тяжелыхъ случаяхъ, и девятаго подвижного ребра, такъ что, по мнѣнію автора, нахожденіе подобной аномаліи уже заставляетъ предположить у паціентовъ существованіе enteroptos'a.

Переходя къ описанію разстройствъ, наблюдающихся у неврастениковъ со стороны функціи кишечника, мы должны прежде всего отмѣтить тотъ фактъ, что разстройства эти представляютъ весьма близкую анологію съ таковыми желудка и часто бываютъ съ ними связаны.

Къ явленіямъ ненормальной секреціи должны быть отнесены: недостаточная выдѣлительная работа кишечныхъ железъ и недостаточное отдѣленіе желчи и поджелудочнаго сока, изливающихся въ двѣнадцатиперстную кишку.

Эти разстройства могутъ повести частью къ запорамъ, частью къ ослабленію всасыванія питательныхъ веществъ. Отъ указанныхъ условій зависитъ, по всей вѣроятности, описанная Möbius'омъ нервная пищеварительная слабость: проявляется она тѣмъ, что неврастеникъ испражняется кашецеобразными массами съ примѣсью большого количества непереваренныхъ пищевыхъ частицъ. Стулъ бываетъ, по нѣсколько разъ въ день. Аппетитъ и дѣятельность желудка паціента могутъ быть совершенно незатронутыми. Не смотря на послѣднее обстоятельство и на то, что больные съѣдаютъ вполнѣ достаточное количество пищи, они все-же довольно сильно худѣютъ. Въ другихъ случаяхъ однако, характеръ каловыхъ массъ не позволяетъ намъ дѣлать опредѣленныя заключенія о состояніи кишечнаго пищеваренія и приходится объяснять общій упадокъ питанія измѣненіемъ ассимиляторной дѣятельности тканевыхъ элементовъ.

Въ зависимости отъ временнаго усиленія секреціи слизистой оболочки кишечника, очевидно вазомоторнаго происхожденія, въ связи быть-можетъ съ повышенной рефлекторной возбудимостью кишечнаго тракта, находится нерѣдко наблюдаемая у неврастениковъ, въ особенности у женщинъ, нервная діаррея (diarrhoea nervosa).

У однихъ больныхъ эта діаррея продолжается весьма долгое время, у другихъ она повторяется черезъ правильные промежутки, напр., ко времени регулъ; у иныхъ же она наступаетъ лишь подъ вліяніемъ опредѣленныхъ психическихъ моментовъ, чаще всего—сильныхъ душевныхъ волненій.

Будучи въ сущности психическаго происхожденія, эти diarrhoea nervosa, говоритъ Krafft-Ebing, наступаютъ иногда у нѣкоторыхъ лицъ подъ вліяніемъ малѣйшихъ волненій. Уже простое приготовленіе къ небольшому предстоящему путешествію бываетъ достаточнымъ, чтобы выз-

вать стулъ. Одна изъ паціентокъ автора, страдавшая подобной діарреей, могла пуститься въ путешествіе лишь въ томъ случаѣ, если наканунѣ приготовилась къ нему принятіемъ довольно значительныхъ дозъ морфія. Нѣкоторые больные, разъ очутившись въ затруднительномъ положеніи вслѣдствіе неожиданно присоединившейся къ волненіямъ діарреи, боятся затѣмъ покидать свою квартиру. Одна лишь мысль о возможной діарреи въ состояніи ее вызвать, точно также какъ и простой видъ аборта. Задержка въ немедленномъ удовлетвореніи потребности вызываетъ крайне тягостное состояніе страха. Понятно, что при такихъ условіяхъ, жизнь больныхъ дѣлается очень тяжелой;—они избѣгаютъ появляться въ обществѣ, постоянно страшаться быть внезапно застигнутыми позывами и, въ тяжелыхъ случаяхъ, стараются даже никого не принимать у себя.

Испражненіе при діарреи бываютъ обычно часты, обильны, водянисты и бѣдны твердыми составными частями.

Къ важнѣйшимъ двигательнымъ разстройствамъ кишечника относится вялость перистальтики и вызываемый этимъ застой каловыхъ массъ, другими словами, запоры. Три пятыхъ неврастениковъ, страдающихъ нарушеніемъ желудочно-кишечныхъ функцій, жалуются на нихъ. Многіе больные, въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ, пользуются искуственными пріемами для опорожненія своего кишечника.

Особенно часто страдаютъ запорами женщины, хотя и у мужчинъ, въ особенности умственно напрягающихся и ведущихъ сидячій образъ жизни, при обильной пищи, они бываютъ явленіемъ весьма обычнымъ.

Въ то время, какъ при ненарушенной кишечной дѣятельности сгустившееся содержимое кишечника превращается въ плотныя каловыя массы лишь въ flexura sigmoidea, при запорахъ таковыя могутъ застаиваться въ слѣпой кишкѣ и въ haustris coli. Образуясь уже здѣсь и высыхая, онѣ

механически раздражаютъ слизистую оболочку и рефлекторнымъ путемъ вызываютъ различныя неправильныя движенія кишечника (B i n s w a n g e r).

Причиною запоровъ служитъ весьма часто наслѣдственность въ связи съ неправильностями питанія (преимущественно мясная пища), неправильнымъ образомъ жизни и ошибками воспитанія. Сюда относится, между прочимъ, стыдливость молодыхъ дѣвушекъ, которыя охотнѣе склонны игнорировать требованія кишечника, подавляютъ ихъ и откладываютъ удовлетвореніе на неопредѣленное время, чѣмъ производить, по ихъ мнѣнію, сенсацію, удалившись въ неудобно расположенный ретирадъ. Между тѣмъ, насколько подобные эксперименты вредны и гибельно отражаются на функціи кишечника, знаютъ лишь немногіе изъ не врачей. Нерѣдко приходится встрѣчаться съ дамами, которыя опоражниваютъ кишечникъ всего лишь одинъ разъ въ теченіе 4-ехъ—8-ми дней.

Послѣдствіемъ застоя каловыхъ массъ можетъ явиться раздраженіе стѣнокъ кишечника и послѣдующая катарральная діаррея. Главную роль при этомъ играетъ наступающая весьма усиленная кишечная перистальтика, доходящая даже до мѣстныхъ или общихъ судорожныхъ сокращеній кишекъ. Выдѣляющіяся испражненія бываютъ водянисто-слизистыми; уплотнившееся же и затвердѣвшее кишечное содержимое не выносится наружу. Такимъ образомъ, не слѣдуетъ смотрѣть на подобныя діарреи, какъ на приспособленіе, могущее повести къ устраненію застоя кала; онѣ являются лишь выраженіемъ раздраженія кишечника застоявшимися массами.

Болѣе тяжелымъ слѣдствіемъ служитъ colitis pseudomembranacea, т. е. катарръ, перешедшій въ хроническую форму и вызвавшій изъязвленія слизистой оболочки (K r a f f t-E b i n g). Каловые комки покрыты при этомъ слизью и кровью;

появляются колики, тенезмы, а иногда приступы лихорадки, вызванные всасываніемъ септическихъ веществъ поврежденной слизистой оболочкой.

Весьма часто копростазъ (застой каловыхъ массъ) сопровождается диспепсіей. Повидимому раздраженіе кишечника каломъ какъ бы вызываетъ въ то-же время непомѣрно продолжительное сокращеніе привратника, вслѣдствіе чего нарушается своевременное опорожненіе желудочнаго содержимаго.

Результатомъ застоя каловыхъ массъ можетъ явиться усиленное разложеніе кишечнаго содержимаго съ послѣдующимъ всасываніемъ развивающихся при этомъ ядовитыхъ веществъ: наступаетъ самоотравленіе организма, которое готовитъ путь къ возникновенію цѣлаго ряда нервныхъ симптомовъ. Этимъ объясняется, между прочимъ, частое благотворное вліяніе слабительныхъ средствъ на настроеніе, общее самочувствіе, на желудочную и мозговую дѣятельность нервно-больныхъ.

Съ разстройствомъ перистальтики кишечника связаны обычно также явленія атоніи кишекъ (atonia intestini), проявляющіяся въ общемъ или мѣстномъ-ограниченномъ вздутіи кишечнаго тракта. Образованіе общаго метеоризма можно себѣ представить слѣдующимъ образомъ: вслѣдствіе продолжительнаго застоя кала въ атоническихъ кишкахъ наступаетъ усиленное образованіе продуктовъ разложенія и гніенія: эти газообразные продукты, скопляясь въ толстыхъ кишкахъ, вызываютъ ихъ растяженіе и сильное вздутіе живота. Для паціентовъ состояніе это крайне тягостно, но, къ счастью, оно обычно продолжается не долго. Животъ вздувается очень сильно, въ особенности рѣзко верхняя и боковыя его части. Такъ какъ вслѣдствіе болѣзненности брюшныхъ покрововъ и кишечныхъ стѣнокъ, основательная паль-

пація невозможна, то въ единичныхъ случаяхъ трудно бываетъ отличить подобное состояніе отъ вздутія желудка.

При ограниченныхъ вздутіяхъ, подобно тому какъ и при диффузномъ метеоризмѣ, причиной также служитъ повышенное, усиленное образованіе газовъ въ атоническихъ, заполненныхъ застоявшимися каловыми массами и образовавшихся вслѣдствіе судорожнаго сжатія, отрѣзкахъ кишекъ. У худыхъ индивидуумовъ вздутыя части кишекъ выступаютъ въ видѣ колбасовидныхъ, твердоватыхъ образованій. Особенно часто и легко обнаруживаются скопленія газовъ въ области ileo-coecal'ной, а также у мѣста перехода горизонтальной части ободочной кишки въ ея нисходящую вѣтвь. Достаточнымъ бываетъ легкаго, хотя и болѣзненнаго надавливанія на соотвѣтствующія части кишекъ, чтобы вызвать усиленныя червеобразныя движенія ихъ, сопровождающіяся громкимъ урчаніемъ.

При отхожденіи газовъ, самостоятельномъ, или вызванномъ усиленнымъ надавливаніемъ, наступаетъ значительное облегченіе. Понятно, что подобное механическое леченіе встрѣчаетъ со стороны паціентовъ нѣкоторый отпоръ, въ виду его значительной болѣзненности. Самостоятельное уменьшеніе вздутія кишечника сопровождается всегда весьма значительнымъ выхожденіемъ газа, послѣ чего стѣнки кишекъ спадаются.

Результатомъ раздраженія кишечника можетъ наступить, рефлекторнымъ путемъ, вызванное сердцебіеніе и чувство страха, которые обычно скоро утихаютъ подъ вліяніемъ антиспазматическихъ средствъ, теплоты и массажа.

Рѣдкое, сюда-же относящееся разстройство, описалъ Chrchewsky'й подъ именемъ „ileus nervosus“. Наблюдалъ его авторъ наступающимъ въ видѣ припадковъ, вслѣдъ за сильными душевными волненіями, или умственнымъ перенапряженіемъ. Начинается дѣло съ того, что стулъ посте-

пенно становится все менѣе и менѣе обильнымъ, и калъ значительно уменьшается въ калибрѣ: внезапно къ этому присоединяется припадокъ сильныхъ болей въ животѣ, сопровождающійся метеоризмомъ, позывами на низъ и рвотами. Появляется и одышка, вызванная усиливающимся метеоризмомъ. Сердечная дѣятельность замедляется и слабѣетъ, правый желудочекъ расширяется и наступаютъ явленія ціаноза. Спустя нѣсколько дней, всѣ явленія внезапно исчезаютъ. Слабительныя ухудшаютъ состояніе больного, codein же дѣйствуетъ крайне благотворно.

Изъ чувствительныхъ разстройствъ кишечника необходимо еще указать на мѣстныя гиперестезіи. При этомъ больные жалуются на болѣзненность отдѣльныхъ кишечныхъ петель и нерѣдко на гиперестезію прямой кишки, которая проявляется легко наступающимъ и крайне мучительнымъ позывомъ книзу.

Говоря о болѣзненныхъ ощущеніяхъ, исходящихъ изъ кишечника, Binswanger замѣчаетъ, что они служатъ лучшими доказательствами въ пользу взгляда, высказываемаго въ общей патологіи, согласно которому не столько состояніе периферическаго нервнаго аппарата, сколько центральнымъ путемъ обусловленная гипералгезія можетъ считаться отвѣтственной за неврастеническія боли. Если наши больные чувствуютъ себя относительно хорошо, т. е. вполнѣ отдохнули, заняты пріятнымъ для нихъ дѣломъ, или же временно, подъ вліяніемъ алкоголя, проявляютъ большую психическую энергію, то и безпокоющія ихъ непріятныя ощущенія, исходящія изъ кишечника, исчезаютъ. Наоборотъ, при ухудшеніи общаго неврастеническаго состоянія, или же вслѣдъ за угнетающими душевными аффектами, жалобы больныхъ рѣзко усиливаются. Всѣ помыслы и все вниманіе неврастениковъ всецѣло заполнены мыслями о кишечникѣ; они прислушиваются къ малѣйшему урчанію и нерѣдко

прибѣгаютъ къ энергичнымъ слабительнымъ, чтобы помѣшать излишнему скопленію газовъ. По утрамъ больные только тѣмъ и заняты, какъ бы ихъ кишечникъ по возможности больше опорожнился. Вполнѣ образованные и, въ дни здоровья, очень деликатные люди, становятся въ обществѣ мало терпимыми, такъ какъ безпрестанная забота о правильной функціи кишечника составляетъ главную тему ихъ разговора.

Fürbringer описалъ „нервную печеночную колику", которая очень похожа на колику при желчныхъ камняхъ. Она проявляется сильными болями въ области чувствительной къ давленію печени, но ни желтухой ни увеличеніемъ печени не сопровождается. Встрѣчаясь весьма рѣдко, эта нервная колика бываетъ у неврастениковъ, а также и у лицъ истеричныхъ, которыя обнаруживаютъ еще цѣлый рядъ другихъ симптомовъ повышенной нервной возбудимости.

Въ моей практикѣ мнѣ также удалось наблюдать подобный случай колики. Приглашенный къ больному, я засталъ мужчину 38-ми лѣтъ, жаловавшагося на характерныя, весьма сильныя печеночныя колики. Печень обнаруживала крайнюю чувствительность къ давленію, но увеличенной не оказалась. Я назначилъ соотвѣтствующее леченіе и посѣтилъ больного на другой день. Къ тому времени боли успѣли уже давно стихнуть, и паціентъ чувствовалъ себя удовлетворительно, если не считать незначительной общей усталости. При изслѣдованіи, печень по прежнему оставалась неувеличенной. Желтуха отсутствовала. Произведенный по моей просьбѣ анализъ мочи и каловыхъ массъ далъ отрицательный результатъ. Повторившійся черезъ нѣкоторое время припадокъ далъ тѣ-же результаты. Имѣя затѣмъ указаннаго больного сравнительно долгое время подъ своимъ наблюденіемъ въ клиникѣ, я могъ съ полной очевидностью

убѣдиться, что онъ страдалъ довольно тяжелой формой нервной слабости, которая не покидала его уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

Въ заключеніе считаю нелишнимъ указать на работы Mounier, Pfannenstiel'a, Galvagni, Langovoï, Bernard'a и Fleury, которыя имѣютъ своимъ предметомъ изложенныя въ настоящей главѣ разстройства.

Разстройства отдѣлительныхъ функцій.

Къ числу неприятныхъ и крайне тягостныхъ, для больныхъ, симптомовъ неврастеніи, еще относятся наблюдаемыя у нихъ нерѣдко измѣненія отдѣлительныхъ функцій. Зависитъ это, по всей вѣроятности, отъ того, что секреторные нервы находятся подъ значительнымъ вліяніемъ психики, и что сосудодвигательные процессы, часто нарушавшіеся у неврастениковъ, рѣзко отражаются на отдѣлительной дѣятельности.

Потоотдѣленіе. Весьма часто у неврастениковъ наблюдается усиленіе отдѣленія пота (hyperhidrosis), причемъ оно можетъ быть общимъ, или же мѣстнымъ, т. е. ограниченнымъ опредѣленными частями тѣла. Находится оно почти всегда въ зависимости отъ процессовъ психическихъ. Стоитъ больному слегка взволноваться, или умственно напрячься, какъ тѣло его покрывается потомъ. То-же можетъ наступить и при ничтожнѣйшихъ физическихъ усиліяхъ. Нѣкоторые больные по нѣскольку разъ, въ продолженіи дня и ночи, покрываются внезапно потомъ, который можетъ быть столь обильнымъ, что приходится мѣнять бѣлье.

Интересный случай описываетъ Peyer: въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1894 года, къ автору явился мужчина 30-ти лѣтъ, токарь, средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, но крайне блѣдный и анемичный. Войдя въ комнату, онъ внесъ съ

собой сильный запахъ кисловатаго пота. Не смотря на холодъ и на то, что онъ не произвелъ ни одного усиленнаго движенія, все его тѣло было покрыто потомъ, и рубаха казалась смоченной въ водѣ. За послѣднее короткое время паціентъ потерялъ 14 ф. вѣса и не былъ въ состояніи болѣе продолжать правильно свои занятія. Анемнезъ показалъ, что въ молодости онъ отличался здоровьемъ и силой. Съ 26-тилѣтняго возраста, у него сталъ появляться обильный потъ, къ чему присоединились боли въ спинѣ, временно проходящія, но, затѣмъ, еще съ большей силой возобновляющіяся. Онъ лечился, но безуспѣшно. Мѣсяцемъ раньше ночные поты сдѣлались столь обильными, что паціентъ, въ теченіе ночи, былъ принужденъ мѣнять бѣлье. Послѣднее время онъ потѣетъ день и ночь и чувствуетъ безпрестанно боли въ головѣ и спинѣ. Аппетитъ больного не постояненъ; стулъ правиленъ; моча нормальна. Кромѣ жалобъ на поты и боли, паціентъ указываетъ на постоянное чувство усталости и слабости. Половыя сношенія его крайне ограничены и онъ не испытываетъ къ нимъ влеченія. Половую инфекцію онъ отрицаетъ, но сознается въ онанизмѣ. Изслѣдовавъ тщательно больного, авторъ поставилъ діагнозъ половой неврастеніи, причиной которой служилъ онанизмъ, практиковавшійся въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Изслѣдованіе восковымъ зондомъ обнаруживаетъ весьма рѣзкую гиперестезію мочевого канала. Примѣненное мѣстное леченіе повело черезъ 1—1½ мѣсяца къ полному выздоровленію и прекращенію усиленнаго отдѣленія пота.

У нѣкоторыхъ больныхъ потѣніе ограничивается отдѣльными частями тѣла, при чемъ оно преимущественно замѣчается на лбу, рукахъ, ладоняхъ и подошвахъ.

Одинъ изъ паціентовъ Krafft-Ebing'а, старшій ресторанный лакей, жаловался на усиленное потѣніе лба, наступавшее при разговорахъ съ посѣтителями. Будучи убѣж-

деннымъ, что онъ вызываетъ отвращеніе въ постороннихъ лицахъ, больной страшно этимъ волновался и былъ доведенъ до отвращенія къ жизни. Замѣчательно, что потѣніе лба появлялось лишь въ то время, когда онъ исполнялъ свои обязанности. Леченіе внушеніемъ дало прекрасные результаты.

Löwenfeld указываетъ на усиленное ночное потѣніе головы, встрѣчающееся у нѣкоторыхъ неврастениковъ.

Binswanger отмѣчаетъ повышенное отдѣленіе пота въ области мошонки и паховъ.

Весьма многіе неврастеники жалуются на потѣніе ладони, наступающее при ничтожнѣйшихъ волненіяхъ; оно можетъ быть настолько обильнымъ, что паціенты принуждены бываютъ всегда носить при себѣ нѣсколько запасныхъ носовыхъ платковъ.

Уменьшенное потоотдѣленіе бываетъ сравнительно рѣже, однако имѣются отдѣльныя указанія на то, что неврастеники могутъ отличаться также непомѣрной сухостью кожи.

Объ аномаліяхъ отдѣленія *слюны* мы уже упоминали въ предыдущемъ отдѣлѣ, и намъ остается лишь повторить, что обыкновенно приходится имѣть дѣло съ уменьшеніемъ секреціи, часто зависящимъ отъ душевныхъ волненій, въ особенности, связанныхъ со страхомъ.

Въ своей частной практикѣ Natier видѣлъ больныхъ, указывавшихъ на существованіе у нихъ усиленнаго *слизетеченія* изъ носа, при чемъ однако самое внимательное мѣстное изслѣдованіе не обнаружило никакихъ полезныхъ для діагностики данныхъ. Правильный разспросъ больныхъ, въ такихъ случаяхъ, заставилъ автора прійти къ убѣжденію, что паціенты его страдаютъ неврастеніей. Опираясь на подобные факты, авторъ старается доказать, что риноррея можетъ иногда служить единственно симптомомъ невра-

стеніи. Леченіе должно быть общее, направленное къ поднятію силъ и питанія больныхъ.

У нѣкоторыхъ неврастениковъ, уменьшеніе секреціи отражается, главнымъ образомъ, на выдѣленіи *суставной смазки*. Вслѣдствіе недостаточности ея, суставныя поверхности костей, при движеніи, трутся и производятъ шумъ, слышный иногда даже на нѣкоторомъ разстояніи. Особенно часто наблюдается это въ сочлененіяхъ шейныхъ позвонковъ, а также въ большихъ сочлененіяхъ нижнихъ конечностей. При ухудшеніи неврастеническаго состоянія, можетъ усилиться и описанное явленіе.

Мнѣ лично удалось въ клиникѣ наблюдать неврастеника, у котораго хрустеніе получалось при движеніяхъ большого пальца руки. По заявленію самого больного, во время ухудшенія его общаго состоянія, къ этому хрусту прибавлялся еще легкій трескъ при движеніи верхнихъ конечностей въ плечевомъ суставѣ. Ни болей, ни какихъ либо иныхъ разстройствъ въ указанныхъ сочлененіяхъ, паціентъ при этомъ не испытывалъ.

Повышенная секреція слезныхъ железъ служитъ для многихъ больныхъ до нѣкоторой степени мѣриломъ ихъ самочувствія. Чѣмъ легче они приходятъ въ состояніе возбужденія, чѣмъ сильнѣе на нихъ дѣйствуетъ всякое не только душевное, но и умственное напряженіе: чѣмъ они чувствуютъ себя болѣе уставшими и ослабленными, тѣмъ легче, подъ вліяніемъ ничтожнѣйшихъ причинъ, появляются приступы плача. Нѣкоторые паціенты не могутъ ничего читать и ни о чемъ говорить, мало-мальски волнующемъ ихъ, чтобы не пролить нѣсколько слезинокъ. „Я не могу и на минуту обойтись безъ платка“, говорила одна изъ паціентокъ Binswanger'а, „самыя безразличныя, иногда даже безтолковыя мысли вызываютъ у меня слезы“.

Къ важнымъ секреторнымъ разстройствамъ, встрѣчаю-

щимся у неврастениковъ, относятся неправильности въ отдѣленіи мочи. Они могутъ быть количественными и качественными и, говоритъ Krafft-Ebing, соотвѣтствуютъ секреторнымъ неврозамъ почекъ, или же обусловлены общими нарушеніями обмѣна веществъ.

Въ общемъ, можно до нѣкоторой степени согласиться съ Linossier, который, обращая вниманіе на крайнюю измѣнчивость выдѣленія мочи и отдѣленій вообще у неврастениковъ, говоритъ, что измѣнчивость мочи подъ вліяніемъ ничтожнѣйшихъ причинъ, по всей вѣроятности, связана съ легкой возбудимостью сосудодвигателей и служитъ выраженіемъ той раздражительной слабости, которая лучше всего характеризуетъ неврастеническое состояніе.

Увеличеніе количества выдѣляющейся мочи (polyuria) бываетъ или временнымъ, или же болѣе стойкимъ. Временная polyuria наступаетъ нерѣдко вслѣдъ за душевными волненіями, и больные выдѣляютъ значительныя количества свѣтлой, водянистой мочи низкаго удѣльнаго вѣса. Наблюдается это, напр., послѣ того, какъ больной пережилъ нѣсколько непріятныхъ моментовъ, связанныхъ съ сильнымъ безпокойствомъ, или чувствомъ страха. Прежніе авторы дали подобному явленію названіе urina spastica.

Стойкая polyuria находится въ зависимости, по всей вѣроятности, отъ большого количества жидкости, которое поглощаютъ больные. Одни неврастеники много пьютъ съ цѣлью устраненія непріятной сухости рта, другія, желая успокоиться при постоянно испытываемыхъ волненіяхъ; наконецъ, нѣкоторые думаютъ огромными количествами жидкости „промыть“ свой организмъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, естественнымъ слѣдствіемъ должно явиться увеличеніе количества мочи.

Въ противоположность polyuri'и — anuria: подразумѣваемое подъ этимъ терминомъ прекращеніе выдѣленія мочи, въ

зависимости отъ разстройствъ въ почкахъ, встрѣчается при неврастеніи весьма рѣдко.

Berbez находилъ ее лишь въ тяжелыхъ формахъ нервной слабости. Больные автора были люди среднихъ лѣтъ, исключительно мужчины, занимавшіеся свободными профессіями. Кромѣ ануріи паціенты обнаруживали цѣлый рядъ неврастиническихъ симптомовъ, какъ то: давленіе въ головѣ, плохое расположеніе духа, диспепсію, безсонницу и пр. Во время появленія приступа ануріи, больной не въ состояніи выпускать мочи по той причинѣ, что, какъ показываетъ катетеризація, моча вообще не выдѣляется. При этомъ паціентъ начинаетъ испытывать чувство страха и дѣлаетъ продолжительныя попытки къ мочеиспусканію; иногда наступаютъ сильныя боли, исходящія отъ области мошонки, сопутствуемыя обильнымъ выдѣленіемъ пота. Бываетъ и такъ, что неврастеникъ не ощущаетъ никакихъ болей и удивленъ лишь тѣмъ, что не испытываетъ позыва къ мочеиспусканію. Продолжительность ануріи, наблюдавшаяся авторомъ, была отъ нѣсколькихъ часовъ до двухъ дней. Поворотъ къ нормѣ бываетъ, въ большинствѣ случаевъ, внезапный. Діагнозъ, по мнѣнію автора, не труденъ, коль скоро точно распознано, что основнымъ страданіемъ служитъ неврастенія.

Въ случаѣ Carrière'а, анурія наступила у неврастеника послѣ продолжительной ходьбы, продолжалась два дня и была излечена ванной.

Насколько подобныя явленія встрѣчаются при неврастеніи рѣдко, доказывается, между прочимъ, мнѣніемъ Krafft-Ebing'а, который считаетъ, что анурія въ томъ видѣ, какъ она можетъ быть наблюдаема при истеріи, совершенно не свойственна нервной слабости.

Кромѣ неврастениковъ, страдающихъ ануріей, встрѣчаются многіе больные, которые (Sergent) жалуются на

различныя разстройства мочеиспусканія, при отсутствіи какихъ бы то ни было мѣстныхъ измѣненій со стороны мочеиспускательнаго канала или пузыря. Причина, очевидно, кроется здѣсь въ какихъ-то отклоненіяхъ функціи нервной системы. Проф. Guyon, называетъ такихъ больныхъ „faux urinaires", и среди нихъ многіе суть типичные неврастеники. Обращая всецѣло вниманіе на свою мочу, подобные больные этимъ самымъ часто вызываютъ тягостные для самихъ-же себя симптомы.

Проявляются разстройства эти различнымъ образомъ: иногда больному стоитъ большого труда начать актъ мочеиспусканія, иногда струя отличается крайней слабостью, иногда же моча выдѣляется лишь по каплямъ и больные обращаются за помощью къ хирургамъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, неврастеники принуждены мочиться чаще, чѣмъ обыкновенно; бываетъ же и такъ, что наступаетъ полное задержаніе мочи. Всѣ эти явленія могутъ быть отчасти объяснимы разстройствами чувствительности, отчасти же разстройствами двигательными (Guyon, Sorel, Courtade).

Кромѣ измѣненій количественныхъ, моча при нервной слабости, можетъ, какъ нами уже было сказано, претерпѣвать также измѣненія качественныя.

Къ рѣдкимъ качественнымъ разстройствамъ состава мочи у неврастениковъ, относится нахожденіе въ ней бѣлка, т. е. альбуминуріи, которая иногда можетъ обнаруживаться и у людей здоровыхъ. Binswanger, просмотрѣвъ 600 исторій болѣзней лицъ, у которыхъ производилось регулярное изслѣдованіе качественнаго состава мочи, нашелъ лишь въ 2-хъ случаяхъ временную альбуминурію. При этомъ однако не лишнее замѣтить, что у обоихъ больныхъ отмѣчался, со стороны отца, сифилисъ, а сами паціенты въ дѣтствѣ обнаруживали симптомы, говорящіе въ нѣкоторой степени въ

пользу наслѣдственнаго сифилиса. Въ виду этого, авторъ высказываетъ сомнѣніе въ возможности приписать найденныя измѣненія мочи нервному страданію.

Изъ 822-хъ больныхъ неврастениковъ Hösslin'a, лишь у 3-ихъ отмѣчалась альбуминурія, при отсутствіи пораженія со стороны почекъ. Точно также Löwenfeld обнаружилъ наличность бѣлка у 3-хъ своихъ больныхъ, а Bouveret описываетъ случай спинномозгового раздраженія, связанный съ диспептическими явленіями, при которомъ улучшеніе болѣзненнаго состоянія было сопряжено съ исчезновеніемъ бѣлка (Binswanger).

На возможность существованія незначительныхъ степеней альбуминуріи у неврастениковъ указываетъ также Fleury.

Подобно альбуминуріи, рѣдко встрѣчается у неврастениковъ glycosuria (присутствіе сахара въ мочѣ). Binswanger нашелъ сахаръ у двухъ больныхъ, Hösslin въ 1—2% своихъ наблюденій, при чемъ въ большинствѣ случаевъ, описанныхъ указаннымъ авторомъ, дѣло касается временнаго выдѣленія сахара, исчезнувшаго безъ антидіабетическаго режима. Ограниченіе углеводовъ потребовалось лишь единично. Особаго вниманія заслуживаетъ наблюденіе Hösslin'a, согласно которому glycosuria чаще сопровождаетъ неврастеническія состоянія, связанныя съ преобладаніемъ угнетеннаго состоянія духа: „съ исчезновеніемъ угнетенія исчезаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и glycosuria“. Само собой понятно, что, при всемъ томъ, не принимались въ расчетъ діабетики, которые, въ теченіе своего болѣзненнаго разстройства обмѣна веществъ, обнаруживали отдѣльные нервные симптомы.

Въ противоположность рѣдко встрѣчающимся Albuminuri'и и glycosuri'и въ мочѣ неврастениковъ, часто удается

обнаружить присутствіе солей щавеливо-кислыхъ, фосфорно-кислыхъ и мочевой кислоты.

Говоря объ оксалуріи, при нервной слабости André въ своемъ клиническомъ обзорѣ болѣзней нервной системы, заявляетъ, что его поразило постоянное присутствіе щавеливо-кислыхъ солей въ анализахъ мочи неврастениковъ. Зависитъ это, по всей вѣроятности, отъ замедленія обмѣна веществъ, при чемъ образующаяся путемъ окисленія углеводовъ щавелевая кислота не можетъ далѣе быть окисленной до воды и CO_2. Особенно часто встрѣчается оксалурія при половой неврастеніи.

Многіе авторы указываютъ также, какъ на обычное явленіе, на фосфатурію у неврастениковъ. И дѣйствительно, большой процентъ больныхъ, въ особенности женщинъ, имѣютъ въ свѣжо выпущенной своей мочѣ большія количества фосфорно-кислыхъ солей, въ видѣ бѣловатыхъ осадковъ. Въ большинствѣ случаевъ, говоритъ Krafft-Ebing, фосфатурія служитъ вѣроятно выраженіемъ нарушенія обмѣна веществъ, зависящаго отъ разстройства химизма въ мозгу.

Peyer считаетъ, что фосфатурія представляетъ собой характерную для неврастеніи и истеріи аномалію секреціи почекъ и вызывается рефлекторнымъ путемъ, вслѣдствіе пораженій мочеполовой системы.

Hösslin замѣчаетъ, что фосфатурія неврастениковъ есть аномалія мочи, могущая возникнуть подъ вліяніемъ самыхъ различныхъ условій и ведущая къ усиленному образованію осадковъ, вслѣдствіе пониженія общей кислотности мочи. Главную роль играетъ, по всей вѣроятности, свойство принятой пищи, а, можетъ-быть, также заболѣванія въ области шейки мочевого пузыря, которыя обусловливаютъ повышенную щелочность мочи (Binswanger).

Весьма возможно, что при болѣзненно повышенной чув-

ствительности неврастениковъ, обильно выдѣляющіеся фосфаты, химически или механически раздражаютъ стѣнки пузыря и мочеиспускательнаго канала, вслѣдствіе чего возникаютъ различныя ненормальныя ощущенія, какъ то: жженіе въ каналѣ, судорожныя боли пузыря и т. п. Тоже наблюдается при оксалуріи. И здѣсь жалобы неврастениковъ на явленія раздраженія со стороны мочевого пузыря, или мочеиспускательнаго канала, могутъ быть вызваны вліяніемъ кристалловъ щавелевой кислоты.

Самымъ обычнымъ, составляющимъ какъ бы правило, явленіемъ, служитъ находимое у неврастениковъ увеличеніе количества мочевой кислоты и моче-кислыхъ солей (uraturia). Послѣднее обстоятельство дало поводъ считать неврастенію особой нервной формой arthritis uratica (подагра), особой реакціей нервной системы на нарушеніе обмѣна веществъ, каковое будто доказывается увеличеніемъ мочекислыхъ солей (Huchard, Arndt da Costa, Ebstein и др.).

Съ подобнымъ взглядомъ не согласны многіе авторы, въ томъ числѣ Krafft-Ebing, который возражаетъ, что количество осадка мочевой кислоты въ мочѣ зависитъ не только отъ ея образованія въ тѣлѣ, но и отъ свойствъ мочи, такъ что никакимъ образомъ оно не можетъ служить, само по себѣ, мѣриломъ „мочекислаго діатеза"; кромѣ того, діатезъ этотъ не тождественепъ съ arthritis uratica и, наконецъ, увеличеніе мочевой кислоты не составляетъ, при нервной слабости, явленія постояннаго.

Такимъ образомъ, заключаетъ авторъ, вышеизложенный взглядъ не подрываетъ значенія неврастеніи, какъ особаго самостоятельнаго невроза. Правильнѣе допустить, что мочекислый діатезъ служитъ доказательствомъ нарушенія обмѣна веществъ при нервной слабости, и что, какъ при неврастеніи, такъ и при arthritis uratica, могутъ быть общія условія, благопріятствующія его появленію. При этомъ не исклю-

чается возможность того, что мочекислый діатезъ оказываетъ вредное вліяніе на нервную систему, и что артритики часто бываютъ весьма нервными, подобно тому, какъ неврастеники, при ухудшеніи ихъ состоянія, обнаруживаютъ большую степень уратуріи. Во всякомъ случаѣ симптомы неврастеніи и arthritis uratica очень рѣдко наблюдаются у одного и того-же больного.

Отдѣльныя указанія на качественныя разстройства мочи у неврастениковъ (фосфатурія и уратурія) и на ихъ значеніе мы находимъ въ работахъ Freudenberg'а и Perci, но не считаемъ нужнымъ на нихъ останавливаться, такъ какъ затронутые вопросы слишкомъ мало еще разработаны.

Состояніе общаго питанія и температура тѣла.

Состояніе общаго питанія тѣла неврастениковъ бываетъ, въ большемъ числѣ случаевъ, весьма удовлетворительнымъ. Зависитъ это, по всей вѣроятности, отъ того, что разстройства питанія специфическихъ элементовъ нервной ткани, лежащія, какъ можно думать, въ основѣ нервной слабости, не сопровождаются одновременнымъ нарушеніемъ ассимиляціи пищевыхъ веществъ клѣтками другихъ тканей организма.

Вслѣдствіе указанной причины, многіе больные имѣютъ видъ вполнѣ здоровый, и иногда даже цвѣтущій. Эта обманчивая внѣшность вводитъ, понятно, въ заблужденіе людей не свѣдущихъ, которымъ трудно бываетъ согласиться съ мыслью, что, подъ такимъ прекраснымъ видомъ, скрыто тяжелое нервное страданіе, причиняющее не мало мученій больному. Естественно, что это непониманіе окружающими состоянія неврастеника тѣмъ болѣе тяжело, что результатомъ его можетъ явиться строгое ихъ осужденіе и непра-

вильная оцѣнка поступковъ больныхъ. Особенно часто приходится слышать недовѣріе, высказываемое по адресу лицъ упитанныхъ, хорошаго тѣлосложенія и съ румянцемъ на щекахъ, которыя рѣшительно отказываются отъ мало-мальски трудной умственной, или физической работы, жалуясь на слабость и быструю утомляемость.

Сравнивая отношеніе величины тѣла къ его вѣсу, Binswanger нашелъ, что среди 82-хъ неврастениковъ, оно было въ 20-ти случаяхъ нормальнымъ, въ 39-ти выше нормальнаго и въ 23-хъ ниже нормальнаго. Эта статистика доказываетъ, что значительный процентъ больныхъ составляютъ лица умѣреннаго, даже повышеннаго питанія.

Не слѣдуетъ однако думать, что у подобныхъ больныхъ, неврастеническое состояніе не можетъ оказать вліянія на питательные процессы. Въ литературѣ имѣются указанія, гдѣ вслѣдъ за сильными душевными потрясеніями, вызвавшими рѣзкую перемѣну въ состояніи психики больныхъ, наступало внезапно быстрое похудѣніе, которое однако никоимъ образомъ не могло быть объяснено какими-либо желудочно-кишечными разстройствами, или недостаточнымъ количествомъ принимаемой пищи.

Неврастеники, какъ люди, которыхъ едва ли можно назвать альтруистами, обращаютъ, какъ нами уже было упомянуто въ предъидущемъ отдѣлѣ,—громадное вниманіе на состояніе своего здоровья, избѣгаютъ всякихъ излишествъ, даже легкихъ погрѣшностей въ діэтѣ, вслѣдствіе чего нерѣдко достигаютъ весьма преклоннаго возраста.

Утвержденіе Beard'a, что они рѣже заболѣваютъ тяжкими, въ особенности воспалительными болѣзненными процессами и хорошо ихъ переносятъ, нуждается, по словамъ Krafft-Ebing'a еще въ дальнѣйшихъ доказательствахъ.

Довольно рѣзко отличаются отъ хорошо упитанныхъ

больныхъ тѣ неврастеники, у которыхъ болѣзнь выразилась въ тяжелой формѣ, связанной съ цѣлымъ рядомъ тягостныхъ ощущеній, исходящихъ изъ области желудочно-кишечнаго тракта. Такой больной, желая избѣгнуть непріятныхъ ощущеній и опасаясь всевозможныхъ осложненій, подвергаетъ себя добровольному голоданію, которое влечетъ за собою сильное похудѣніе, не смотря на отсутствіе какихъ-либо дѣйствительныхъ уклоненій отъ нормы со стороны функціи желудка или кишекъ.

Что касается *температуры* тѣла неврастениковъ, то вопросъ этотъ является еще сравнительно мало разработаннымъ. Различные авторы находили у однихъ больныхъ температуру повышенную, а у другихъ пониженную, въ зависимости отъ характера и продолжительности страданія.

Болѣе или менѣе продолжительное пониженіе температуры можетъ наблюдаться у тѣхъ пацiентовъ, которые обнаруживаютъ рядъ болѣзненныхъ разстройствъ со стороны пищеварительныхъ органовъ, нарушающихъ ихъ питаніе и вмѣстѣ съ тѣмъ тепловую экономію. Просматривая большое количество относящихся сюда исторій болѣзней, можно убѣдиться, что средняя утренняя температура рѣдко бываетъ выше 36,0—36,2, а вечерняя выше 36,5—36,7. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ средняя утренняя t^0 не превышаетъ 35,2—35,6, а вечерняя 35,8—36,0, (Binswanger). По мнѣнію Hayem'a t^0 ниже 37,0 служитъ однимъ изъ обычныхъ проявленій ослабленія питательныхъ процессовъ, могущаго имѣть мѣсто у неврастениковъ.

Въ зависимости отъ недостаточнаго образованія теплоты находится, по всей вѣроятности, повышенная зябкость больныхъ. Малѣйшія пониженія температуры для нихъ крайне чувствительны. Промерзнувъ, имъ лишь съ трудомъ удается согрѣться, при чемъ кожа долгое время остается холодной.

Постоянной жалобой этихъ больныхъ служитъ непріятное чувство холода въ рукахъ и ногахъ; прикоснувшись къ нимъ мы дѣйствительно убѣждаемся, что онѣ „какъ ледъ".

Кромѣ продолжительнаго пониженія температуры тѣла, которое сопровождается непріятнымъ чувствомъ холода конечностей, у неврастениковъ, также, какъ и у людей просто нервныхъ, иногда наблюдается внезапное ощущеніе похолодѣнія всего тѣла. Объективно можно констатировать, что дѣйствительно кожа холоднѣе и блѣднѣе обычнаго, и что больной слегка дрожитъ и старается возможно теплѣе укутаться. Черезъ часъ-два, а иногда и скорѣе все проходитъ, и паціентъ чувствуетъ себя, какъ ни въ чемъ не бывало. Очевидно, что въ подобныхъ случаяхъ, мы имѣемъ дѣло съ явленіемъ сосудодвигательнаго характера, которое, выражаясь въ спазмѣ кожныхъ сосудовъ, вызываетъ указанное непріятное состояніе.

Относительно повышенія температуры, наблюдающагося у неврастениковъ, свѣдѣнія наши также очень скудны. Horsley указываетъ, что, въ острыхъ формахъ травматической неврастеніи, температура весьма часто бываетъ повышенной. Въ одномъ случаѣ она достигала почти 111^0 по Фаренгейту.

Къ числу температурныхъ разстройствъ, обусловленныхъ очевидно сосудодвигательнымъ путемъ, относятся приступы неврастенической лихорадки, существованіе которой допускается Baerd'омъ. André говоритъ, что эти лихорадочные приступы трудно отличить отъ таковыхъ болотной лихорадки, и что, быть-можетъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ „аутотифизаціей" или лихорадкой отъ переутомленія Peter'а.

Krafft-Ebing, на основаніи личнаго опыта, говоритъ, что, при жалобахъ больныхъ на лихорадочныя явленія, ему не удалось обнаружить повышеніе температуры, такъ

что едва-ли можетъ быть здѣсь рѣчь о лихорадкѣ въ обычномъ смыслѣ слова.

Спеціально вопросомъ о лихорадкѣ неврастениковъ занимались Parisot и Ingelrans. Parisot пишетъ, что хотя намъ совершенно не приходится имѣть дѣло съ гипертерміей въ обыкновенномъ значеніи слова, однако ощущенія лихорадки, сильнаго жара, жженія и теплоты, на которыя указываютъ нѣкоторые неврастеники, сопровождаются дѣйствительными термическими перемѣнами, которыя можно обнаружить измѣреніемъ. Правда, повышеніе это крайне ничтожно. Ощущеніе лихорадки гнѣздится въ оцѣнкѣ больными малѣйшихъ перемѣнъ температуры тѣла въ опредѣленномъ одномъ мѣстѣ или въ мѣстахъ различныхъ. Эта тонкая оцѣнка, которая не можетъ быть сдѣлана людьми здоровыми, зависитъ у неврастениковъ отъ настоящей термогиперестезіи.

При нормальныхъ условіяхъ, замѣчаетъ Ingelrans имѣется ясное различіе между температурой въ подмышечной впадинѣ и температурой периферической. Подъ вліяніемъ тѣхъ, или иныхъ условій, у неврастениковъ температура имѣетъ какъ бы стремленіе распредѣлиться болѣе равномѣрно. Результатомъ этого является, въ опредѣленныхъ мѣстахъ, непріятное ощущеніе теплоты, соотвѣтствующее дѣйствительной разницѣ температуры на нѣсколько десятыхъ градуса. Лихорадка неврастениковъ не является, такимъ образомъ, лихорадкой въ обычномъ смыслѣ слова.

Заканчивая этимъ краткое изложеніе симптомовъ неврастеніи, считаю необходимымъ замѣтить, что ими далеко еще не исчерпываются разнообразныя проявленія нервной слабости. Всякій органъ, всякая часть нашего тѣла можетъ оказаться при этомъ затронутой, такъ что мнѣ пришлось, по неволѣ, ограничиться перечисленіемъ лишь главнѣйшихъ болѣзненныхъ проявленій занимающаго насъ невроза.

V.

Діагнозъ.

Хотя неврастенія, въ числѣ своихъ разнообразныхъ симптомовъ, не имѣетъ такого, который можно было бы считать за патогномонистическій, тѣмъ не менѣе неврозъ этотъ носитъ на себѣ особый отпечатокъ, который позволяетъ врачу, въ болѣе или менѣе типичныхъ случаяхъ, послѣ сравнительно короткаго разговора съ больнымъ, рѣшить, съ извѣстной долей вѣроятности, съ какой болѣзнью онъ имѣетъ дѣло. Понятно, что эти общія впечатлѣнія еще далеко не достаточны, чтобы отвѣтить на вопросъ, на какой почвѣ она развилась, составляетъ-ли она единственную причину жалобъ пацієнта, и не есть-ли это начало какого-либо другого, болѣе тяжелаго, заболѣванія. Нужно всегда имѣть въ виду, что начальныя стадіи болѣзней, сопровождающіяся разстройствами обмѣна веществъ и общаго питанія, какъ напр., при ракѣ, сахарномъ мочеизнуреніи, или атероматозѣ, могутъ дать картину отчасти сходную съ неврастеніей. Помнить это тѣмъ болѣе важно, что въ настоящее время, которое кишитъ неврастениками, врачъ, имѣя безпрестанно передъ глазами подобныхъ больныхъ, можетъ, въ отдѣльномъ случаѣ, легко отнести на счетъ нервной слабости симптомы, заслуживающіе гораздо большаго вниманія и значенія. При внимательномъ и вполнѣ безпристрастномъ отношеніи къ пацієнтамъ, едва ли однако явится непреодолимой трудностью правильная оцѣнка добытыхъ данныхъ.

Можно сказать, что симптомы неврастеніи, взятые каждый въ отдѣльности, могутъ вызвать нѣкоторое сомнѣніе и даже привести къ ложному толкованію, но въ совокупности они почти всегда имѣютъ ясное значеніе. Мнѣ кажется, что можно вполнѣ согласиться съ мнѣніемъ тѣхъ авторовъ (André), которые считаютъ, что вообще нѣтъ нужды создавать излишнія діагностическія затрудненія. Когда неврастеникъ обращается къ врачу, то рѣдко бываетъ, чтобы врачъ черезъ нѣсколько минутъ не составилъ себѣ уже опредѣленнаго мнѣнія. Обиліе подробностей, сообщаемыхъ больнымъ, записки, въ которыхъ онъ обстоятельно излагаетъ свои жалобы, сочетаніе головной боли съ желудочными разстройствами, ипохондрическія идеи и пр., все это настолько характерно, что прежде всего заставляетъ насъ подумать о нервной слабости.

Разсказы больныхъ, хотя и распространенные, имѣютъ для заручившагося довѣріемъ врача, то значеніе, что раскрываютъ весьма характерныя и важныя, въ діагностическомъ отношеніи, подробности.

До работъ Charcot (André), подробно ознакомившихъ съ признаками неврастеніи, эти больные иногда тревожили врачей, которые, не будучи знакомы съ симптомами болѣзни, принимали, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, подобныхъ паціентовъ за людей, страдающихъ тяжелыми органическими пораженіями. Естественно, что и леченіе оказывалось далеко не соотвѣтствующимъ.

Между тѣмъ, правильный діагнозъ неврастеніи можетъ быть поставленъ лишь при томъ условіи, если съ одной стороны вполнѣ будетъ доказано, что всякое органическое заболѣваніе, къ которому могли бы быть отнесены имѣющіеся симптомы, безусловно исключено и, съ другой, если совокупность симптомовъ соотвѣтствуетъ эмпирической картинѣ

одной лишь неврастеніи. Особенно важно исключеніе органическаго заболѣванія центральной нервной системы.

Въ діагностическомъ отношеніи, говоритъ Krafft-Ebing, можетъ здѣсь имѣть большое значеніе то обстоятельство, что болѣзнь существуетъ уже въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ, что симптомы ея отличаются большимъ непостоянствомъ, что они находятся въ большой зависимости отъ психическихъ вліяній, что встрѣчающіеся психическіе симптомы суть проявленія торможенія, но не выпаденія умственныхъ процессовъ, что послѣдніе временно оказываются совершенно не затронутыми и, что отсутствуютъ очаговые симптомы, будь это—раздраженія, или выпаденія.

Изъ симптомовъ, указывающихъ спеціально на неврастенію и въ діагностическомъ отношеніи важныхъ, авторъ приводитъ: совокупность психическихъ симптомовъ, неврастеническій характеръ, нозофобію, значительную самовнушаемость, возбудимость, раздражительность, никогда не наблюдающіяся на органической подкладкѣ фобіи и насильственныя представленія, къ тому-же, съ типическимъ содержаніемъ (напр. агорафобія) и яснымъ происхожденіемъ, слабость воли даже въ тѣхъ случаяхъ, когда бываютъ затронуты серьезные интересы, затѣмъ весь внѣшній обликъ больного, его нелюдимость, неуклюжесть, письменное приготовленіе къ консультаціи, такъ какъ паціентъ не довѣряетъ своей памяти (церебростеники), наконецъ, нѣкоторое преувеличеніе испытываемыхъ недуговъ и своеобразныя, психическимъ путемъ, обусловленныя разстройства рѣчи и письма.

Ко всему этому присоединяется цѣлый рядъ соматическихъ симптомовъ, значеніе большинства которыхъ, какъ „объективныхъ признаковъ неврастеніи", провѣрилъ Löwenfeld.

Въ числѣ послѣднихъ, продолжаетъ авторъ, не маловажное значеніе имѣетъ: необыкновенно легкая возбудимость

сосудодвигателей, обнаруживающаяся не только вслѣдъ за аффектами. но и при простыхъ представленіяхъ (болѣзненное покраснѣніе и поблѣднѣніе); рѣзкое, волненіями обусловленное, мѣстное колебаніе кровенаполненія, чѣмъ, въ свою очередь, отчасти объясняется крайнее непостоянство мѣста симптомовъ, сосудодвигательнымъ путемъ вызванныхъ; легкая механическая парализуемость сосудодвигателей (дермографизмъ); ненормальная извитость височной артеріи, даже и у людей молодыхъ; данныя, полученныя Mosso и Anjel при изслѣдованіи плетизмографомъ объема руки, во время умственной дѣятельности; усиленная пульсація артерій (особенно сонныхъ и брюшной аорты); разнообразныя проявленія нарушенія сердечной дѣятельности, а именно: весьма легко наступающее учащеніе пульса, которое особенно рѣзко замѣтно вслѣдъ за душевными волненіями; въ общемъ имѣется тахикардія, наступающая иногда припадками, иногда даже аритмія.

Сюда-же относятся нѣкоторыя разстройства функцій глаза, какъ, напр.: астенопія, недостаточность отъ утомленія прямыхъ внутреннихъ мышцъ, Föster'овскій типъ смѣщенія границъ поля зрѣнія; умѣренно или рѣзко расширенный, вялый или непомѣрно подвижный зрачекъ и неспособность крѣпко сомкнуть вѣки безъ того, чтобы въ то-же время не наступило фибриллярное подергиваніе вѣкъ, доходящее до клонуса.

Двигательные нервы и мускулы обнаруживаютъ признаки пониженнаго тонуса; работающіе мускулы необычайно быстро утомляются, такъ что можетъ временно наступить ихъ недостаточность и сильное дрожаніе; однако дрожаніе и фибриллярныя подергиванія могутъ наблюдаться и безъ всякаго утомленія, чаще послѣ психическихъ волненій, проявляясь съ особой ясностью въ мускулатурѣ лица и возвышеніи большого пальца.

Координація стоянія, ходьбы и движеній верхнихъ конечностей нарушена, въ особенности, если больной волнуется или чувствуетъ, что за нимъ наблюдаютъ; это сознаніе можетъ временно вызвать полное невладѣніе членами; при закрытыхъ глазахъ и сомкнутыхъ ногахъ можетъ обнаружиться ясное пошатываніе (Ромберговскій симптомъ), при чемъ однако глубокіе рефлексы обычно повышены, иногда до степени клонуса; точно также повышены кожные рефлексы и общая рефлекторная возбудимость. Отмѣчается иногда повышенная механическая, и даже гальваническая возбудимость нервныхъ стволовъ. Весьма часты мышечныя боли и спинномозговая раздражительность, сопровождающіяся весьма рѣзкими рефлекторными явленіями при надавливаніи, или при гальваническомъ раздраженіи соотвѣтствующаго мѣста. Наблюдаются своеобразныя парестезіи, какъ, напр., чувство сдавливанія головы; эти парестезіи могутъ быть въ комбинаціи съ паралгіями, давая о себѣ знать въ видѣ спинномозгового раздраженія; у многихъ неврастениковъ имѣются также желудочно-кишечныя разстройства, какъ-то: диспепсія, повышенная кислотность, припадки gastroxynsis, атонія.

Наконецъ, констатируются разстройства секреціи, частичное усиленіе потоотдѣленія (лица, ладоней), хрустъ въ суставахъ, измѣненіе качественнаго состава мочи, глюкозурія, фосфатурія, оксалурія и уратурія.

VI.

Дифференціальная діагностика.

Какъ нами уже было сказано въ началѣ предъидущей главы, діагнозъ неврастеніи, въ случахъ болѣе или менѣе типичныхъ, можетъ быть поставленъ врачемъ даже послѣ сравнительно короткаго разговора съ больнымъ Не то будетъ, если симптомы выражены менѣе ясно. Необходимо внимательное, всестороннее, а иногда и довольно продолжительное изученіе паціента, чтобы съ увѣренностью остановиться на діагнозѣ нервной слабости. Особенно трудно бываетъ иногда отграничить ее отъ другихъ общихъ неврозовъ. Мы имѣемъ въ виду ипохондрію и истерію. Замѣчу здѣсь, что вообще, до послѣдняго времени, авторы еще не пришли къ окончательному рѣшенію по вопросу объ отношеніи указанныхъ неврозовъ къ неврастеніи, и что по этому поводу высказываются иногда крайне противорѣчивыя мнѣнія.

Въ настоящей главѣ я коснусь лишь дифференціальной діагностики между неврастеніей, ипохондріей и истеріей; отличительные же симптомы нервной слабости отъ другихъ заболѣваній, какъ, напр., отъ опухоли мозга, прогрессивнаго паралича, спинной сухотки и т. д. будутъ мною изложены при описаніи отдѣльныхъ видовъ разсматриваемаго нами страданія.

Дифференціальный діагнозъ между ипохондріей и неврастеніей.

Первое, что бросается въ глаза при просмотрѣ соотвѣтствующей литературы, будетъ то обстоятельство, что тер-

минъ „ипохондрія“ какъ самостоятельное заболѣваніе встрѣчается все рѣже и рѣже; вмѣстѣ съ этимъ и діагнозъ „ипохондрія“ ставится не такъ часто, какъ бы уступая свое мѣсто неврастеніи.

Существованіе ипохондріи, какъ отдѣльной болѣзни, все болѣе подвергается сомнѣнію и постепенно она входитъ въ рамки, занимаемыя нервной слабостью. Взглядъ на ипохондрію, какъ на заболѣваніе несамостоятельное, а „неврастеническое“, пріобрѣтаетъ все большее число сторонниковъ (Pitres, Beard, Ziemssen, Kräpelin, Arndt и др.).

Что ипохондрія есть одна изъ особыхъ формъ, въ видѣ которой можетъ обнаружиться неврастенія, объ этомъ говоритъ въ своемъ курсѣ психіатріи, проф. Корсаковъ. Ипохондріей, пишетъ авторъ, называется такая болѣзнь, которая выражается чрезмѣрнымъ страхомъ за свое здоровье, сосредоточеніемъ вниманія на представленіяхъ, относящихся къ собственному здоровью, и наклонностью приписывать себѣ болѣзни, которыхъ нѣтъ. Сдѣлается у больного, страдающаго ипохондріей, запоръ,—сейчасъ у него является мысль: нѣтъ-ли у него уже непроходимости кишекъ? И уже ему кажется, что онъ слышитъ запахъ кала изо-рта. Сдѣлается небольшой насморкъ,—ему представляется, что это—ozoena; заболитъ голова,—ему кажется, что начинается воспаленіе мозга.

Болѣзнь эта, продолжаетъ авторъ, характеризующаяся подобными явленіями, извѣстна очень давно и причисляется одними къ нервнымъ болѣзнямъ, другими—къ психическимъ. Тѣ врачи, которые причисляютъ ее къ нервнымъ болѣзнямъ, выдѣляютъ ипохондрію, какъ особый неврозъ, стоящій на ряду съ истеріей и эпилепсіей.

Анализъ явленій, наблюдаемыхъ у ипохондриковъ, заставляетъ, по мнѣнію Корсакова, признать, что чаще всего ипохондрія развивается подъ вліяніемъ неврастеніи у лицъ, у которыхъ существуетъ врожденная, или пріобрѣ-

тенная наклонность къ тому, чтобы ихъ сознаніе было односторонне занято идеями и чувствованіями, имѣющими отношеніе къ собственному здоровью. Эта особенность, въ психической организаціи, составляетъ основное явленіе при ипохондріи, которое, повидимому, есть одно изъ проявленій аномалій влеченій, обычныхъ для дегенеративной психопатіи, а потому и ипохондрическій складъ психической жизни можно считать за выраженіе дегенеративной психопатической конституціи. Если, при существованіи этого ипохондрическаго склада, человѣкъ заболѣетъ хотя бы легкой формой неврастеніи, сейчасъ-же явленія неврастеніи войдутъ въ связь съ ипохондрическимъ направленіемъ идей и чувствованій, и явятся рѣзко выраженные симптомы ипохондріи, состоящіе изъ комбинацій симптомовъ неврастеніи (страхъ, гиперестезія общаго чувства) и дегенеративнаго склада психической жизни.

Раздѣляя взглядъ авторовъ, разсматривающихъ ипохондрію, какъ заболѣваніе не самостоятельное, а неврастеническое, д-ръ Черемшанскій пишетъ, что ипохондрическая реакція сознанія (въ наиболѣе характерной ея формѣ, описываемой Krafft-Ebing'омъ подъ названіемъ „ипохондрическаго невропсихоза"), всего чаще наблюдается среди ясно выраженныхъ и, повидимому, прямо обусловливающихъ ее неврастеническихъ симптомовъ, преимущественно у наслѣдственно предрасположенныхъ лицъ, у которыхъ такая „ипохондрическая неврастенія" не рѣдко переходитъ и въ настоящее „ипохондрическое первичное сумасшествіе". Но даже и самую слабую степень ипохондріи,—именно—болѣзненную мнительность, обусловленную психической гиперестезіей (напр. вслѣдствіе усиленныхъ занятій, или половыхъ излишествъ, въ особенности—онанизма) и быстро ведущую къ образованію упорно возвращающихся ипохондрическихъ идей, развѣ мы не въ правѣ считать, наряду съ навязчи-

выми идеями, явленіемъ неврастеническимъ, которое можетъ быть вызвано и у не предрасположенныхъ къ помѣшательству лицъ, утомленіемъ или временнымъ истощеніемъ мозга? Замѣчательно также и то, что старое раздѣленіе ипохондріи на различные виды ея (ипохондрія желудочная, церебральная, спинальная, половая и т. д.), встрѣчаемое, впрочемъ, и понынѣ въ нѣкоторыхъ руководствахъ, близко напоминаетъ собою извѣстныя, общепринятыя формы неврастеніи, и потому едва-ли можно сомнѣваться, что родилось оно на основаніи наблюдаемыхъ у ипохондриковъ, соотвѣтственныхъ этимъ названіямъ неврастеническихъ признаковъ. Заканчиваетъ свои соображенія авторъ выводомъ, что нельзя не согласиться съ справедливымъ совѣтомъ Мерклина: во избѣжаніе недоразумѣній и для болѣе строгой и правильной постановки лечебныхъ показаній, никогда не ограничивать діагноза болѣзни названіемъ „ипохондрія", а стараться, по возможности, ближе опредѣлить то болѣзненное состояніе, при которомъ, между прочими симптомами, наблюдаются и ипохондрическія идеи.

Разбирая ипохондрію и ипохондрическія состоянія, Schott приходитъ, между прочимъ, и къ слѣдующимъ двумъ выводамъ: 1) ипохондрія не представляетъ собою нозологической единицы, а является однимъ изъ проявленій вырожденія, 2) ипохондрическія состоянія весьма часто наблюдаются при неврастеніи и истеріи.

Описаніе различныхъ мнѣній, въ различныя времена, касательно ипохондріи, даетъ Wollenberg. Оказывается, что въ этомъ отношеніи имѣло важное значеніе—установленіе понятія о неврастеніи, какъ болѣзни, такъ что возможно различать періодъ до-неврастеническій и неврастеническій. Въ первый изъ нихъ, смотрѣли на ипохондрію, какъ на самостоятельное заболѣваніе, въ настоящее же время она подчинена и вдвинута въ рамки неврастеніи. Лично

авторъ считаетъ, что возможно сохранить названіе „ипохондрія“ лишь ради практическихъ цѣлей въ случаяхъ особенно рѣзко выраженныхъ ипохондрическихъ состояній.

Хотя большинство современныхъ невропатологовъ и склонны не признавать ипохондріи за самостоятельное заболѣваніе, тѣмъ не менѣе нѣкоторые авторы, и при томъ весьма авторитетные, не согласны съ подобнымъ взглядомъ и считаютъ болѣе правильнымъ, по возможности, строго отличать ипохондрію отъ неврастеніи.

Binswanger говоритъ, что, хотя весьма трудно отличить неврастенію отъ ипохондріи; хотя при послѣдней обнаруживается цѣлый рядъ симптомовъ, свойственныхъ неврастеніи, и хотя ипохондрія развивается на почвѣ неврастеніи, представляя собою дальнѣйшее развитіе, какъ бы обостреніе нервнаго страданія въ сторону психическую,—во всякомъ случаѣ, авторъ не является сторонникомъ замѣны термина ипохондріи—неврастеніей и полагаетъ, что, кромѣ симптомовъ, общихъ обоимъ заболѣваніямъ, при ипохондріи присоединяется еще психопатологическій признакъ, состоящій въ одностороннней и крайне фантастической переработкѣ патологическихъ ощущеній въ такъ называемыя ипохондрическія бредовыя представленія, а также въ обратномъ воздѣйствіи этихъ представленій на физическую сферу больного.

Krafft-Ebing пишетъ, ипохондрія имѣетъ многочисленныя точки соприкосновенія съ неврастеніей, такъ какъ этотъ неврозъ, нерѣдко, составляетъ у ипохондрика соматическую основу и исходный пунктъ для мрачнаго настроенія и систематизированныхъ идей бреда. Но сами по себѣ, оба эти состоянія необходимо строго различать, потому что не всегда ипохондрикъ страдаетъ неврастеніей, а неврастеникъ бываетъ ипохондрикомъ, хотя, правда, нозофобическія идеи (опасенія тяжелаго заболѣванія) почти всегда встрѣчаются при неврастеніи.

Подтверждается этотъ взглядъ слѣдующими соображеніями: если смотрѣть на ипохондрію въ ея основныхъ проявленіяхъ, какъ на гиперестезію и депрессію общаго чувства, состоящія въ ощущеніи тяжелаго тѣлеснаго заболѣванія съ соотвѣтствующими бредовыми представленіями, и, если наблюдать лишь поверхностно за неврастеникомъ, то онъ можетъ быть легко принимаемъ за простого ипохондрика, въ особенности до тѣхъ поръ, пока его фантазія занята мыслями о тяжеломъ заболѣваніи. Такъ какъ прежде неврастеникъ отождествлялся съ ипохондрикомъ, то и становится вполнѣ понятнымъ, почему раньше существовало столько ипохондриковъ, и почему они нынѣ стали такой рѣдкостью.

Однако это кажущееся сходство тотчасъ-же исчезаетъ, если обратить вниманіе на первоначальныя условія, вызывающія какъ бы идентичныя аномаліи въ сферѣ чувства и представленія при неврастеніи и ипоходріи. Тогда легко убѣдиться, что онѣ различно обусловлены.

Бредовыя представленія у ипохондрика, представляютъ собой первичный болѣзненный плодъ его фантазіи, первичныя нелѣпыя идеи, какъ это, напримѣръ, бываетъ при паранойѣ. Его ненормальныя ощущенія представляютъ собою какъ бы проэцированныя въ ту или иную часть тѣла процессы, совершающіеся въ мыслительныхъ центрахъ мозговой коры, при чемъ психосенсоріальная гиперестезія, во всей области общаго чувства, способствуетъ тому, что эти проэцированныя ощущенія достигаютъ степени галлюцинаторной ясности. Во всякомъ случаѣ, эти ощущенія суть вторичныя, возникшія на почвѣ болѣзненной идеи и въ свою очередь, оказывающія вліяніе на эту идею, поддерживая и укрѣпляя ее.

При „ипохондрическихъ“ ощущеніяхъ и представленіяхъ неврастеника, дѣло идетъ объ обратномъ способѣ ихъ воз-

никновенія. Первичнымъ является ощущеніе, вторичнымъ — болѣзненная идея, которая присоединяется къ первоначальному ощущенію, какъ болѣе или менѣе сознательная попытка для его объясненія.

Что дѣло обстоитъ именно такъ, вытекаетъ уже изъ того обстоятельства, что болѣзненная идея и зависящее отъ нея мрачное настроеніе продолжаются лишь до тѣхъ поръ, пока испытываются соотвѣтствующія непріятныя ощущенія.

Точно также и свойство болѣзненныхъ идей, первичныхъ при ипохондріи и вторичныхъ при неврастеніи, совершенно различно. Всякому извѣстно, что невозможно убѣдить ипохондрика въ ложности его idées fixes; между тѣмъ какъ неврастеникъ легко поддается вліянію врача, разумной окружающей его обстановки, и иногда даже самостоятельно убѣждается въ неправильности поставленнаго имъ діагноза.

На это можно возразить, что подобное разубѣжденіе неврастеника иногда долго не удается; однако подобная неудача возможна лишь на высотѣ развитія аффектовъ, вызванныхъ болѣзненными представленіями. Хотя въ такихъ случаяхъ и получается картина сходная съ ипохондріей, тѣмъ не менѣе и здѣсь возможно правильное распознаваніе, если принять во вниманіе: во первыхъ, различное происхожденіе болѣзненныхъ идей; во вторыхъ, ихъ рѣзкое ослабленіе, наступающее вслѣдъ за исчезновеніемъ аффектовъ вслѣдствіе убѣжденій, заслуживающихъ довѣрія лицъ, или вслѣдъ за прекращеніемъ ощущеній, поддерживающихъ ложныя идеи т. е. ихъ эпизодическое появленіе, и, въ третьихъ, ихъ теченіе.

Ложныя идеи ипохондрика суть частичное проявленіе тяжелаго душевнаго разстройства; эти идеи не доступны ни чужой, ни собственной критикѣ, такъ что нерѣдко содержаніе ихъ отличается очевидной несообразностью, такъ напр.: боязнь бѣшенства, доходящая до припадка бѣшенства

не смотря на то, что въ прошломъ не было и подозрѣнія на зараженіе. Идеи же неврастеника, заняты лишь страхомъ передъ возможной опасностью, и больной, только временами какъ бы симулируетъ то или иное заболѣваніе какого-либо изъ внутреннихъ органовъ.

Объясняется это тѣмъ, что ипохондрія представляетъ собой душевную болѣзнь, проявленіе тяжелой психической дегенераціи, между тѣмъ какъ неврастенія есть лишь неврозъ (неврозъ въ обычномъ смыслѣ слова и невро-психозъ съ элементарными разстройствами, говоря языкомъ научнымъ).

Если бы мы пожелали избѣгнуть той сбивчивости, которая существуетъ въ настоящее время въ терминологіи и въ понятіи объ обѣихъ болѣзняхъ, то стоитъ лишь подыскать особое названіе тому „ипохондрическому" элементу, который свойственъ неврастеніи.

Müller, въ своемъ учебникѣ неврастеніи, придерживается этого единственно правильнаго пути, говоря о „нозофобіяхъ", т. е. о нозофобическихъ ложныхъ представленіяхъ и соотвѣтствующихъ ощущеніяхъ, выраженіе же „ипохондрія" онъ удерживаетъ за выше описанной и представляющей особую форму тяжелаго душевнаго заболѣванія—alienatio mentis.

Кромѣ приведенныхъ выше соображеній, Krafft-Ebing обращаетъ еще вниманіе на возможность, въ рѣдкихъ случаяхъ, комбинаціи обѣихъ болѣзней и замѣчаетъ, что при ипохондріи не рѣдко встрѣчаются неврастеническія стигматы и отдѣльныя черты. Смѣшивать же обѣ болѣзни въ одно, будь у нихъ еще болѣе точекъ соприкосновенія и переходныхъ формъ, все-же, по мнѣнію автора, было бы совершенно непонятно, такъ какъ имѣются чистые случаи ипохондріи, безъ какой бы то ни было неврастенической примѣси, и случаи неврастеніи—безъ всякой нозофобіи.

Въ пользу различенія ипохондріи отъ неврастеніи и желательности постановки дифференціальнаго діагноза вы-

сказываются также Knox, Boettiger, Raecke, Dercum и нѣкоторые др.

Оставляя въ сторонѣ вопросъ о томъ, составляетъ-ли ипохондрія особую болѣзнь, или же она должна быть причислена въ какой-либо иной болѣзненной формѣ, я, на основаніи своего личнаго опыта, могу лишь замѣтить, что, съ клинической стороны, отличіе идей „ипохондрическихъ“ — правильнѣе нозофобическихъ при неврастеніи, отъ идей чисто ипохондрическихъ, могущихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣшаться къ симптомамъ нервной слабости,—крайне важно, такъ какъ этотъ чисто ипохондрическій элементъ (въ смыслѣ Krafft-Ebing'а) значительно измѣняетъ теченіе и прогнозъ неврастеніи, рѣзко ухудшая какъ одно, такъ и другое.

Дифференціальный діагнозъ между истеріей и неврастеніей.

Не смотря на то, что истерія, съ давнихъ поръ, привлекала къ себѣ вниманіе весьма многихъ невропатологовъ, соотвѣтственно чему породила огромную литературу,—тѣмъ не менѣе, вопросъ объ отношеніи ея къ неврастеніи, какъ и многіе другіе вопросы, ея касающіяся, остались еще не разрѣшенными въ окончательной формѣ. Подобно тому, какъ мы это видѣли при ипохондріи, одни авторы, хотя ихъ немного, стараются сблизить оба страданія, доходя иногда до отождествленія ихъ, другіе же, весьма многочисленные, рѣзко разграничиваютъ истерію отъ неврастеніи. Въ дальнѣйшемъ изложеніи я ограничусь приведеніемъ мнѣній лишь нѣкоторыхъ изъ сторонниковъ перваго и второго указанныхъ взглядовъ.

Beard, описывая неврастенію, говоритъ, что эта послѣдняя, хотя и можетъ иногда служить почвой, на которой въ

послѣдствіи развивается истерія, тѣмъ не менѣе она имѣетъ цѣлый рядъ симптомовъ и особенностей, какъ то отсутствіе судорожныхъ припадковъ, globus hystericus и т. п., на основаніи которыхъ возможно разграничить оба заболѣванія.

Довольно скоро послѣ работы Beard'a, появилась однако въ печати работа Richter'a, въ которой онъ высказываетъ противоположный и, притомъ, довольно своеобразный взглядъ, согласно которому неврастенія и истерія должны быть признаваемы за страданія идентичныя, отличающіяся лишь поломъ ихъ носителя, т. е. что истерія женщинъ равна неврастеніи мужчинъ.

Allen, говоря, что діагностика неврастеніи не отличается особенными трудностями, въ то-же время считаетъ, что на истерію можно смотрѣть какъ на усиленную форму неврастеніи.

Бернскій профессоръ Dubois придерживается взгляда, что истеричный и неврастеникъ — оба являются жертвами самовнушенія, и что внушеніе можетъ служить единственнымъ успѣшнымъ методомъ леченія; оба невроза являются, слѣдовательно, въ основѣ своей идентичными.

Въ настоящее время, какъ нами уже было сказано, большинство авторовъ болѣе или менѣе строго различаютъ истерію отъ неврастеніи и не соглашаются съ идентичностью обоихъ заболѣваній.

Замѣчу между прочимъ, что, въ отвѣтъ на работу Dubois, послѣдовало возраженіе со стороны Fleury, который указываетъ на различія въ этіологіи и симптоматологіи обоихъ неврозовъ. Такъ, онъ отмѣчаетъ происхожденіе людей-истеричныхъ отъ нервныхъ родителей, а неврастениковъ отъ страдавшихъ ревматизмомъ (?); при чемъ проявляется истерія вслѣдъ за какимъ-либо необычайнымъ происшествіемъ, неврастенія же есть результатъ самыхъ различныхъ причинныхъ моментовъ. Основной симптомъ неврастеніи, быст-

рая утомляемость, никоимъ образомъ не долженъ считаться чисто психическимъ симптомомъ, плодомъ фантазіи больного, такъ какъ ее возможно обнаружить объективнымъ путемъ на мускулахъ системы кровообращенія, не подлежащихъ волѣ. Неврастенію можно было бы назвать заболѣваніемъ тонуса въ сочетаніи съ вытекающими изъ него психическими послѣдствіями: мускулы находятся въ состояніи гипотоніи, железы — гипосекреціи. Психическое состояніе является лишь слѣдствіемъ процессовъ, совершающихся въ тѣлѣ: мозгъ, получая отъ всѣхъ частей тѣла лишь впечатлѣнія утомленія, вялости и замедленныхъ функцій, реагируетъ на это чувствованіями страха, печали, недовольства, нерѣшительности, слабости и разбитости. Истерія, напротивъ, есть заболѣваніе, соматическіе симптомы котораго вытекаютъ изъ какой-нибудь idée fixe и могутъ быть излечены путемъ внушенія.

Строго различать, въ клиническомъ отношеніи, истерію отъ неврастеніи—совѣтуютъ такіе авторитетные невропатологи, какъ Charcot, Krafft-Ebing, Бехтеревъ, Binswanger, Löwenfeld, André и многіе др.

Не смотря на различный характеръ и неодинаковость симптомовъ истеріи и неврастеніи, случаи комбинаціи признаковъ обоихъ заболѣваній у одного и того-же больного далеко нерѣдки (Binswanger, Boettiger, Charcot, Krafft-Ebing, Wichmann, Rucker, Mathieu, Löwenfeld, Richter, Grasset и Rauzier, Kouche, Masse и многіе др.). Особенно часто наблюдается такая комбинація у неврастеническихъ женщинъ, хотя и мужчины не составляютъ исключенія.

Имѣя передъ собой подобный случай, мы можемъ убѣдиться въ одной особенности, которая заслуживаетъ вниманія, а именно: симптомы истеріи и неврастеніи обыкновенно не смѣшиваются и не сливаются, затемняя другъ друга, а

напротивъ того, могутъ быть часто выдѣлены, сохраняя свою характерность для соотвѣтствующаго невроза.

Даже симптомы психическіе могутъ до нѣкоторой степени не смѣшиваться другъ съ другомъ. Въ общемъ, рѣшающую роль играетъ при неврастеніи легкая самовнушаемость, а при истеріи легкая внушаемость извнѣ.

Эти состоянія истеро-неврастеніи, развивающіяся очень часто послѣ сильныхъ травматическихъ шоковъ, какъ, напримѣръ, послѣ несчастныхъ случаевъ на желѣзныхъ дорогахъ, могутъ съ извѣстнымъ правомъ быть отождествляемы съ „травматическимъ неврозомъ“, выдѣленнымъ нѣмецкими авторами въ особое страданіе.

Кромѣ травматическихъ шоковъ, причиннымъ моментомъ для развитія истеро-неврастеніи можетъ служить также простой нравственный шокъ; что появленію этой болѣзни способствуетъ нищета, бродяжничество и волненія, переживаемыя обездоленными, доказывается, между прочимъ, Charcot, который выставляетъ на видъ, что истеро-неврастенія часто встрѣчается въ больницахъ рабочихъ кварталовъ.

При появленіи истеро-неврастеніи, начальными симптомами служатъ обычно признаки, обнаруживаемые неврастеніей, къ которымъ постепенно присоединяются признаки истерическіе въ видѣ, напримѣръ, припадковъ и т. п.

Что при возникновеніи истеро-неврастеніи имѣютъ, повидимому, важное значеніе, кромѣ сильныхъ физическихъ и психическихъ шоковъ, также другія, намъ мало извѣстныя причины, явствуетъ, между прочимъ, изъ наблюденій Kobler'a, который указываетъ на необычайную частоту сочетанія неврастеническихъ, ипохондрическихъ и истерическихъ симптомовъ среди крестьянъ Босніи, въ большинствѣ случаевъ людей неграмотныхъ, неподвергающихся вредному вліянію современной культуры.

Что касается клинической дифференціальной діагностики

между неврастеніей и истеріей, то я считаю излишнимъ приводить длинный списокъ признаковъ, характерныхъ для нервной слабости, такъ какъ объ этомъ уже говорилось въ соотвѣтствующей главѣ настоящей книги; изложеніе же симптомовъ истеріи не входитъ въ задачу моей работы; по этому я позволю себѣ ограничиться лишь краткимъ указаніемъ на то, что неврастеніи не свойственны (Krafft-Ebing) такіе обычные стигматы истеріи, какъ, напр., анестезіи слизистыхъ оболочекъ, кожныхъ покрововъ и болѣе глубоко расположенныхъ тканей, выпаденіе соотвѣтствующихъ рефлексовъ со слизистыхъ оболочекъ и кожи; анестезія органовъ чувствъ; продолжительныя суженія поля зрѣнія; dys-и achromatopsi'и, монокулярныя polyopi'и; судороги, контрактуры, параличи, артралгіи, анурія, pica и т. п.

Въ виду относительной частоты появленія, въ послѣднее время, истеро-неврастеніи, чему особенно способствуютъ развитіе путей сообщенія и неизбѣжно связанные съ ними несчастные случаи, будетъ нелишнимъ указать на возможность симуляціи истеро-неврастеническихъ симптомовъ нѣкоторыми лицами, желающими получить соотвѣтствующее вознагражденіе за нанесенный ихъ здоровью ущербъ. Разбираясь въ указанномъ вопросѣ, Eyraud даетъ указанія относительно того, какъ поступать въ соотвѣтствующихъ случаяхъ эксперту, съ цѣлью избѣжать нежелательной ошибки. Хотя экспертъ имѣетъ въ виду возможность обмана, говоритъ авторъ, однако онъ долженъ изслѣдовать больного безъ всякой предвзятой мысли. Вопросы должны ставиться возможно ясно и точно; иностранные термины необходимо избѣгать, дабы не быть ошибочно понятымъ изслѣдуемымъ. Объективное изслѣдованіе должно всегда предшествовать разпросамъ, при чемъ форма вопросовъ, предлагаемыхъ больному, не должна носить упреждающаго характера. Особое вниманіе необходимо обратить на общій видъ изслѣдуемаго, на со-

стояніе чувствительности, состояніе слуха, дѣятельность желудка, сердца, на сосудодвигательныя разстройства и на разстройство со стороны половыхъ органовъ. Полезно также, чтобы экспертъ ознакомился подробно съ анамнезомъ больного и его привычками. Примѣненіе средствъ болевыхъ, также какъ и анестезирующихъ, должно быть, по мнѣнію Eyraud'a, оставлено.

На объективные признаки такъ называемыхъ травматическихъ неврозовъ обратилъ впервые особое вниманіе проф. Бехтеревъ, который пишетъ объ этомъ слѣдующее: „Цѣлымъ рядомъ изслѣдованій выяснено, что такъ называемые травматическіе неврозы не представляютъ собой какой-либо самостоятельной формы заболѣванія, но что они, по совокупности своихъ симптомовъ, могутъ быть подведены подъ понятіе истеріи и неврастеніи или даже по своимъ симптомамъ представляютъ собою, какъ бы смѣшеніе этихъ формъ.

Врядъ-ли нужно доказывать особо важное значеніе объективныхъ признаковъ, заявляемыхъ больными, жалобъ на гиперэстезію, боли или анэстезію ушибленной области при такъ называемыхъ травматическихъ неврозахъ, служащихъ такъ часто предметомъ судебно-медицинскаго изслѣдованія. Тѣмъ не менѣе и до сихъ поръ, повидимому, многіе врачи въ случаяхъ подобнаго рода довольствуются главнымъ образомъ оцѣнкой субъективныхъ данныхъ относительно больныхъ этого рода, мало обращая вниманія на тѣ или другіе объективные признаки болѣзни. Въ виду этого представляется крайне желательнымъ въ одномъ общемъ обзорѣ представить суммарно тѣ объективные признаки, которые заслуживаютъ особаго вниманія при распознаваніи чувствительныхъ разстройствъ, наблюдаемыхъ въ травматическихъ неврозахъ.

Главнѣйшія изъ разстройствъ чувствительности при травматическихъ неврозахъ суть боли и мѣстная гиперэстезія съ одной стороны и анэстезія съ другой. Намъ поэтому слѣдуетъ имѣть въ виду тѣ объективные признаки, которые могутъ обнаружить дѣйствительное существованіе у больныхъ, какъ гиперэстезіи и болей, такъ и анэстезіи.

Въ этомъ отношеніи очень важнымъ признакомъ дѣйствительнаго существованія болей и гиперэстезіи является учащеніе и измѣненіе сердечной дѣятельности при раздраженіи области гиперэстезіи, напр., съ помощью давленія или электричествомъ. Признакъ этотъ былъ впервые описанъ *Mannkopf*'омъ, хотя онъ былъ изучаемъ также и Бехтеревымъ самостоятельно, еще до знакомства съ изслѣдованіями *Mannkopf*'а. Во всякомъ случаѣ этотъ признакъ въ настоящее время можетъ считаться прекрасно изученнымъ, благодаря изслѣдованіямъ цѣлаго ряда авторовъ, появившихся вслѣдъ за указаніями, сдѣланными со стороны *Mannkopf*'а. Хотя этотъ признакъ, какъ выяснилось при позднѣйшихъ изслѣдованіяхъ, и не отличается абсолютнымъ постоянствомъ, тѣмъ не менѣе онъ заслуживаетъ большого вниманія въ діагностикѣ травматическихъ неврозовъ и въ подходящихъ случаяхъ долженъ быть безусловно принимаемъ въ соображеніе. Въ одной изъ своихъ статей Бехтеревъ уже указывалъ на то обстоятельство, что при изслѣдованіи новобранцевъ въ Казанскомъ госпиталѣ еще въ то время, когда изслѣдованія *Mannkopf*'а для него оставались неизвѣстными, вышеописанный симптомъ, на который онъ тогда обращалъ вниманіе, далъ возможность не въ одномъ случаѣ исключить симуляцію тамъ, гдѣ она подозрѣвалась съ перваго раза. Независимо отъ того при травматическихъ неврозахъ могутъ быть обнаружены и другіе объективные признаки болей, гиперэстезіи и анэстезіи. Еще въ декабрѣ 1893 года, во время V Пироговскаго съѣзда въ

Россіи, въ дебатахъ по поводу доклада д-ра *П. Розенбаха* „О судебно-медицинскомъ значеніи травматическихъ неврозовъ и психозовъ“ Бехтеревъ указалъ на рядъ объективныхъ признаковъ, могущихъ служить къ распознаванію этихъ болѣзненныхъ состояній. Вотъ что тогда было высказано авторомъ: „На мой взглядъ вездѣ и всюду въ судебно-медицинскихъ случаяхъ нужно искать объективныхъ данныхъ, которыя бы служили убѣдительнымъ доказательствомъ, что имѣется дѣло съ болѣзнью, а не съ симуляціей. Такія объективныя данныя могутъ быть найдены и въ случаяхъ травматическихъ неврозовъ. Кромѣ уже заявленныхъ въ литературѣ данныхъ (напр., учащеніе сердцебіенія, постояннаго или временнаго и др.), я могу указать еще нѣкоторыя на основаніи личныхъ наблюденій.

Такъ, по нашимъ наблюденіямъ, геміанэстезія при неврозахъ вообще, а при травматическомъ въ частности, сопровождается нѣкоторымъ *пониженіемъ кожныхъ рефлексовъ на сторонѣ анэстезіи.* Кромѣ того *кожныя раздраженія, производимыя на сторонѣ анэстезіи и на сторонѣ непораженной чувствительности, даютъ неодинаковый эффектъ на дѣятельность сердца и дыханія* Въ случаяхъ *гиперэстезіи* въ той или въ другой части тѣла умѣренное *раздраженіе* этой части, кромѣ другихъ рефлекторныхъ движеній, какъ я убѣждался неоднократно, можетъ сопровождаться *болевой реакціей на зрачекъ,* а также соотвѣтствующими *измѣненіями сердцебіенія и дыханія* и т. п. Весьма правдоподобно, что современемъ отыщутся и другіе объективные признаки, на основаніи которыхъ мы будемъ отличать неврозы отъ симуляціи, но во всякомъ случаѣ я думаю, что и теперь главная задача врача, имѣющаго дѣло съ испытуемыми, отыскать при ихъ изслѣдованіи тѣ или другія объективныя данныя, имѣющія отношеніе къ ихъ болѣзненному состоянію, и дѣлать заключенія о послѣднемъ изъ сопоставленія субъективныхъ дан-

ныхъ съ объективными, а не основывать свои заключенія на однихъ только субъективныхъ данныхъ".

Послѣ этого въ статьѣ „О малоизвѣстныхъ отраженныхъ явленіяхъ при нервныхъ болѣзняхъ" и пр., опубликованной въ 1895 году, Бехтеревъ еще разъ возвращается къ этому предмету и, суммарно резюмируя свои наблюденія относительно объективныхъ признаковъ гиперэстезіи, высказывается слѣдующимъ образомъ: указавъ съ одной стороны на сочетаніе повышенія сухожильныхъ рефлексовъ и пониженія кожныхъ рефлексовъ, какъ на характерный признакъ органической гемиплегіи, и съ другой стороны на существованіе *пониженія кожныхъ рефлексовъ* при функціональныхъ анэстезіяхъ и на болѣе или менѣе рѣзкое *повышеніе* ихъ при гиперэстезіяхъ, авторъ говоритъ, что эти „данныя относительно *неравномѣрности кожныхъ рефлексовъ*, наблюдаемыя при функціональныхъ геміанэстезіяхъ и гиперэстезіяхъ, между прочимъ, могутъ служить важнымъ признакомъ для отличія этихъ состояній отъ притворныхъ, что въ свою очередь даетъ важную точку опоры для распознаванія такихъ, нерѣдко подающихъ поводъ къ судебно-медицинскому изслѣдованію заболѣваній нервной системы, какъ истерія и такъ называемый травматическій неврозъ.

При существованіи мѣстной или односторонней гиперэстезіи, часто сопровождающей истерію и такъ называемый травматическій неврозъ, могутъ быть приняты въ соображеніе также и другія явленія, какъ объективные признаки имѣющейся гиперэстезіи. Такъ, въ наблюдаемыхъ Бехтеревымъ случаяхъ травматическаго невроза, области, поражаемыя гиперэстезіей, уже при сравнительно умѣренномъ раздраженіи нерѣдко служили источникомъ *болевого рефлекса на зрачекъ, сосудодвигательнаго рефлекса*, выражающагося, между прочимъ, рѣзкимъ приливомъ крови къ кожнымъ покровамъ, преимущественно головы и лица, а также *рефлекса на*

дыханіе и сердцебіеніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже подъ вліяніемъ сравнительно умѣреннаго раздраженія гиперэстетической области обнаруживалось крайне рѣзкое *ускореніе пульса* и вмѣстѣ съ тѣмъ вполнѣ очевидное *измѣненіе характера пульсовой кривой*, а равно и *кривой дыханія.* Кстати замѣчу здѣсь, что въ подобныхъ случаяхъ не лишено извѣстнаго распознавательнаго значенія также существованіе *сосуднаго спазма кожныхъ покрововъ* на сторонѣ анэстезіи. выражающагося большей блѣдностью и сухостью кожи, малой кровоточивостью кожной поверхности при уколахъ, *сравнительной краткостью сосудной реакціи* при механическихъ раздраженіяхъ кожныхъ покрововъ и пониженіемъ *периферической температуры тѣла.* Кромѣ того, въ извѣстномъ рядѣ случаевъ, раздраженіе гиперэстетической области вызывало *отраженныя судорожныя сокращенія*, а въ иныхъ случаяхъ приводило даже къ развитію *головокруженія съ пошатываніемъ тѣла* и къ состояніямъ, близкимъ къ *обмороку.* Послѣднее обнаруживалось въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда область гиперэстезіи занимала покровы головы.

Само собою разумѣется, что обнаруженіе тѣхъ или другихъ изъ вышеуказанныхъ явленій устраняетъ всякое сомнѣніе въ дѣйствительномъ существованіи гиперэстезіи, а это само по себѣ можетъ способствовать не только рѣшенію вопроса объ отсутствіи притворства въ томъ или другомъ судебно-медицинскомъ случаѣ, но и къ установленію правильнаго распознаванія существующаго функціональнаго заболѣванія“.

Итакъ, въ числѣ объективныхъ признаковъ анэстезіи и гиперэстезіи при травматическихъ неврозахъ, кромѣ измѣненія со стороны сердечной дѣятельности при раздраженіи гиперэстетической области, Бехтеревымъ впервые были отмѣчены слѣдующія явленія:

1) Понижение кожныхъ рефлексовъ на сторонѣ анэстезіи и повышеніе ихъ на сторонѣ гиперэстезіи.

2) Неодинаковость эффекта на дыханіе и сердцебіеніе при кожныхъ раздраженіяхъ на сторонѣ анэстезіи и на сторонѣ непораженной чувствительности.

3) Появленіе болевой реакціи зрачка при раздраженіи гиперэстетической области.

4) Измѣненія частоты дыханія и его кривой при тѣхъ же условіяхъ.

5) Появленіе сосудодвигательнаго рефлекса, выражающагося рѣзкимъ приливомъ крови къ головѣ и лицу при тѣхъ же условіяхъ.

6) Существованіе сосуднаго спазма кожныхъ покрововъ на мѣстѣ анэстезіи.

7) Пониженіе периферической температуры тѣла на сторонѣ анэстезіи.

8) Сравнительная краткость сосудной реакціи при механическихъ раздраженіяхъ анэстезированныхъ областей.

9) Появленіе отраженныхъ судорожныхъ сокращеній при раздраженіи гиперэстетической области.

10) Появленіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ при тѣхъ же условіяхъ головокруженія съ пошатываніемъ тѣла.

Далѣе, слѣдовательно уже позднѣе вышеуказанныхъ наблюденій, въ работѣ проф. H. Oppenheim'a „Der Fall N.", вышедшей въ 1896 году, мы встрѣчаемъ, кромѣ нѣкоторыхъ изъ перечисленныхъ признаковъ, еще нѣсколько новыхъ указаній на объективные признаки травматическихъ неврозовъ.

Въ этой работѣ проф. Oppenheim подробно останавливается на больномъ, перенесшемъ травматическое поврежденіе и страдавшемъ затѣмъ одеревенѣлостью затылка (Nackensteifigkeit), вслѣдствіе заявляемой имъ боли при всякомъ вращеніи головы. При этомъ изслѣдованіе подъ хлоро-

формомъ не открыло никакихъ измѣненій позвоночника. Задаваясь затѣмъ вопросомъ, дѣйствительно ли больной имѣетъ боли, авторъ рѣшаетъ этотъ вопросъ въ положительномъ смыслѣ, обращаясь къ объективнымъ признакамъ, которыми проявляются болевыя ощущенія, и указываетъ совершенно справедливо на то, что боль иногда обнаруживаетъ вліяніе на дѣятельность сердца и дыханія, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ на сосудодвигательные нервы и мышцы, въ чемъ мы имѣемъ объективное, независимое отъ воли больного явленіе.

Подробно обслѣдуя со стороны этихъ функцій своего больного, Oppenheim находитъ у него, что пульсъ при вращеніи головы учащается съ 104—108 ударовъ до 128—132 въ 1′; при тѣхъ же условіяхъ нѣсколько учащается и дыханіе. Вмѣстѣ съ тѣмъ попытки вращенія головы вызываютъ *tremor въ мышцахъ шеи и затылка* въ 8—9 колебаній въ секунду; при этомъ дрожаніе обнаруживается не только въ отдѣльныхъ мышцахъ in toto, но и пучковатое. Это *фибиллярное* дрожаніе не можетъ быть симулировано, а потому представляетъ собою, по заявленію автора, документъ боли, который доступенъ объективному воспріятію.

Обращаясь затѣмъ къ другой больной, у которой, вслѣдствіе поврежденія машиной, рука представляла явленія аналгезіи, Oppenheim обращаетъ вниманіе на то, что при сильномъ раздраженіи фарадической кисточкой на здоровой сторонѣ обнаруживалось учащеніе пульса, тогда какъ при раздраженіи нечувствительной конечности сердечная дѣятельность замѣтно не измѣнялась.

Далѣе, Oppenheim указываетъ, что иногда боль связывается съ вазомоторными явленіями, и обращаетъ при этомъ вниманіе на *ненормальную красноту*, *ціанотическую окраску кожи и дермографію*, какъ на явленія, въ этомъ отношеніи болѣе или менѣе извѣстныя въ этой области. Лю-

бимое мѣсто кожныхъ гиперемій, по автору, представляетъ лицо, шея, затылокъ и верхняя часть груди. Oppenheim наблюдалъ нѣсколько случаевъ травматическихъ неврозовъ, при которыхъ *лицо при всякомъ возбужденіи и напряженіи краснѣло до пурпуроваго цвѣта.* Это наблюдается особенно у больныхъ, жалующихся на головную боль и головокруженія. Въ одномъ случаѣ послѣ усиленныхъ движеній обнаруживалась не только краснота лица, но даже ясно выраженное *пучеглазіе*. Съ гипереміей связывается обыкновенно *повышеніе кожной температуры*, тогда какъ *ціанозъ* сопровождается *охлажденіемъ кожи.* Это охлажденіе чаще наблюдается на поврежденной сторонѣ и даже при поврежденіи руки можетъ обнаруживаться въ ногѣ, такъ что уже по ощупыванію ноги можно сказать, которая рука подверглась травмѣ.

Далѣе, во второмъ изданіи своего извѣстнаго учебника нервныхъ болѣзней, вышедшемъ, въ 1898 г., на стр. 813, кромѣ упоминанія о симптомѣ *Mannkopf*'а, Oppenheim снова указываетъ на *сосудодвигательныя явленія*, особенно со стороны лица, при вызываніи боли, на *tremor*, сопровождающій болѣзненныя движенія, на *ускореніе пульса* при раздраженіи фарадической кистью *чувствительныхъ* областей тѣла и *на отсутствіе повышенія частоты пульса* при раздраженіи *нечувствительныхъ* мѣстъ.

Итакъ, H. Oppenheim, кромѣ уже извѣстнаго симптома Mannkopf'а, останавливается также на нѣкоторыхъ другихъ объективныхъ признакахъ боли и гиперэстезіи. Изъ этихъ признаковъ измѣненія при болевыхъ раздраженіяхъ со стороны дыханія, различное вліяніе раздраженій со стороны чувствительныхъ и нечувствительныхъ областей на сердечную дѣятельность и на дыханіе и появленіе сосудодвигательныхъ явленій, особенно со стороны лица при вызываніи боли раздраженіемъ гиперэстетической области, были уже, какъ это видно изъ предыдущаго, описываемы Бехте-

ревымъ ранѣе проф. Oppenheim'a. Но вмѣстѣ съ тѣмъ этотъ авторъ отмѣчаетъ даже слѣдующіе новые и заслуживающіе вниманія объективные признаки травматическихъ неврозовъ, а именно *tremor* и *фибриллярныя содроганія* при движеніи пораженной части тѣла, цѣлый рядъ *сосудистыхъ разстройствъ*, какъ то: *ненормальную красноту, ціанотическую окраску кожи* и *дермографію*, склонность къ *краснотѣ лица* при всякомъ возбужденіи и напряженіи, *повышеніе кожной* t^0 при гипереміи и *охлажденіе кожи* при ціанозѣ.

Работа автора: Der Fall N. Berlin. 1896, осталась для Бехтерева недоступной при опубликованіи двухъ позднѣйшихъ его статей, относящихся къ изслѣдованію объективныхъ признаковъ гиперэстезіи и анэстезіи при травматическихъ неврозахъ и при истеріи.

Въ обѣихъ только что указанныхъ работахъ Бехтеревъ вновь останавливается на симптомѣ д-ра Mannkopf'a, а также и на другихъ ранѣе имъ указанныхъ признакахъ, какъ, напр., на признакѣ съ вліяніемъ давленія гиперэстетической области на зрачекъ, на дыханіе и на сосудодвигатели тѣла, особенно лица, затѣмъ на пониженіи кожныхъ рефлексовъ въ анэстезированныхъ областяхъ, на различіи вліянія на сердечную дѣятельность рѣзкихъ болевыхъ раздраженій на анэстезированныхъ областяхъ и областяхъ съ нормальной чувствительностью, на различіи болевой реакціи въ тѣхъ и другихъ областяхъ на дыханіе, на различіи въ периферической t^0 тѣла анэстезированныхъ и не анэстезированныхъ областей и на различіи въ кожной сосудодвигательной реакціи тѣхъ и другихъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ Бехтеревъ указываетъ еще на слѣдующіе новые признаки: на *неодинаковое вліяніе болевыхъ раздраженій на ширину зрачка въ симметричныхъ частяхъ анэстезированной и не анэстезированной половины тѣла*, на *разницу въ потоотдѣленіи между здоровой стороной и стороной*,

представляющей анэстезію, и, наконецъ, на *сопутствующія измѣненія со стороны произвольной мускулатуры тѣла* (контрактуры, необычныя положенія и судорожныя положенія).

Въ то время, когда писались только что указанныя работы, какъ упомянуто выше, Бехтереву не были извѣстны данныя, сообщенныя по тому же предметы H. Oppenheim'омъ въ его работѣ: Der Fall N. Berlin 1896 г., въ которой онъ впервые описываетъ нѣкоторые изъ объективныхъ признаковъ. Ознакомившись съ вышеозначеннымъ трудомъ проф. H. Oppenheim'a, Бехтеревъ вполнѣ можетъ подтвердить сдѣланныя имъ, Oppenheim'омъ, въ этомъ отношеніи указанія, по крайней мѣрѣ, что касается дрожанія и отмѣчаемыхъ имъ сосудистыхъ разстройствъ.

Такъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ Бехтеревъ наблюдалъ неоднократно, что насильственное расправленіе контрактуры приводило къ временному появленію дрожанія въ пораженныхъ частяхъ тѣла съ фибриллярными содроганіями.

Съ другой стороны и сосудистыя измѣненія, отмѣченныя H. Oppenheim'омъ, заслуживаютъ большого вниманія, какъ объективные признаки травматическихъ неврозовъ. Бехтереву приходилось встрѣчаться съ поразительной склонностью больныхъ подвергаться приливамъ крови къ головѣ при всякомъ психическомъ возбужденіи.

Вмѣстѣ съ этимъ приливомъ можно было наблюдать и болѣе или менѣе ясное повышеніе периферической температуры тѣла. Равнымъ образомъ и рѣзкій дермографизмъ съ ціанозомъ и охлажденіемъ периферическихъ областей, особенно конечностей и по наблюденіямъ Бехтерева составляетъ довольно обычное явленіе при травматическихъ неврозахъ. На его взглядъ, однако, эти признаки имѣютъ менѣе важное значеніе въ виду того, что они составляютъ довольно нерѣдкое явленіе и при другихъ неврозахъ. Но въ общей совокупности симптомовъ они безъ сомнѣнія не

лишены своего значенія такъ же, какъ и часто наблюдаемая при травматическомъ неврозѣ тахикардія, приводящая иногда къ развитію безсонницы.

Вообще при травматическихъ неврозахъ, повидимому, болѣе, чѣмъ гдѣ либо, слѣдуетъ принимать во вниманіе всю совокупность явленій, собирая и тщательно взвѣшивая всѣ субъективныя данныя и опираясь въ окончательномъ діагнозѣ на объективныя данныя, которыя въ вопросахъ судебно-медицинскаго характера должны, естественно, занимать первенствующее значеніе. При этомъ должно имѣть въ виду, что въ отдѣльныхъ случаяхъ тѣ или другіе изъ признаковъ могутъ отсутствовать совершенно. Въ виду этого тѣмъ большее значеніе получаетъ подробное и обстоятельное изслѣдованіе каждаго изъ сомнительныхъ случаевъ травматическаго невроза, такъ какъ въ отдѣльныхъ случаяхъ достаточно бываетъ констатировать даже и небольшое число объективныхъ признаковъ, заявляемыхъ больнымъ субъективныхъ жалобъ, чтобы получить убѣжденіе въ дѣйствительности болѣзни и отсутствіи притворства“.

Изъ авторовъ, писавшихъ объ объективныхъ признакахъ такъ называемыхъ травматическихъ неврозовъ можно указать еще на Haskovec'a, Rugard'a, и Strauss'a и др. Послѣдній изъ нихъ замѣчаетъ, что измѣреніе кровяного давленія въ цѣляхъ распознаванія травматическихъ неврозовъ даетъ хорошій объективный діагностическій признакъ. Основывается при этомъ авторъ на 9-ти наблюдавшихся имъ случаяхъ, при чемъ больные были моложе 36 лѣтъ и не страдали склерозомъ, нефритомъ и т. под. болѣзнями. Всѣ измѣренія обнаружили нѣсколько повышенное кровяное давленіе, которое при надавливаніи на болѣзненныя точки тѣла подымалось еще на 15—44 м.м. Hg. Очевидно, что подобное поднятіе кровяного давленія не можетъ имѣть мѣста при симуляціи болѣзненныхъ точекъ.

Большинство случаевъ травматическихъ неврозовъ Розенбахъ относитъ къ тяжелымъ формамъ неврастенiи, могущимъ лишить человѣка возможности прiобрѣтать средства къ жизни, и предлагаетъ назвать эти тяжелыя формы Neurasthenia gravis.

Въ заключенiе, позволю себѣ замѣтить, что при дифференцiальной постановкѣ дiагноза между неврастенiей и истерiей нужно особенно твердо помнить совѣтъ Charcot, согласно которому врачъ, при распознаванiи болѣзни, долженъ иногда умѣть отрѣшиться отъ схемъ, предложенныхъ классическими авторами, помня, что у больного можетъ единовременно оказаться сочетанiе различныхъ болѣзненныхъ состоянiй.

VII.

Общее теченіе и предсказаніе.

Если къ теченію неврастеніи примѣнить мѣрку, даваемую общей патологіей, для опредѣленія продолжительности острыхъ, подострыхъ и хроническихъ болѣзней, то необходимо будетъ причислить ее къ заболѣваніямъ хроническимъ. Подобное хроническое теченіе является для нервной слабости какъ бы правиломъ. Правда, въ литературѣ имѣются указанія и на острыя формы неврастеніи (B o u c h u t), но послѣднія составляютъ рѣдкость и, кромѣ того, все-же продолжаются 1—2 мѣсяца, т. е., онѣ скорѣе могли бы быть названы случаями подострыми, нежели острыми. Эти рѣдкіе случаи, наблюдаясь чаще у лицъ съ тяжелой наслѣдственностью, могутъ окончиться смертью при симптомахъ постепенно увеличивающихся слабости и истощенія.

Обыкновенно, какъ нами было только-что сказано, неврастенія есть заболѣваніе хроническое, которое тянется многіе мѣсяцы, годы, а иногда и всю жизнь, представляя въ своемъ теченіи рядъ колебаній, рядъ ухудшеній, смѣняющихся улучшеніемъ. Можно сказать, что болѣзнь протекаетъ чрезвычайно измѣнчиво, и бываетъ даже такъ, что въ то время, когда паціентъ, повидимому весьма близокъ къ выздоровленію, его состояніе снова внезапно ухудшается подъ вліяніемъ причинъ то болѣе, то менѣе серьезныхъ.

Въ большинствѣ случаевъ, начало неврастеніи бываетъ постепенное и проявляется различно: больной начинаетъ себя чувствовать усталымъ, вялымъ и неспособнымъ къ продол-

жительной напряженной работѣ: настроеніе его ухудшается и паціенту иногда кажется, будто ему предстоитъ какое-то тяжелое заболѣваніе. Вскорѣ присоединяются явленія раздраженія, больной легко волнуется, малѣйшая неудача, его сердитъ: мысли, одна другой непріятнѣе, все чаще и чаще его преслѣдуютъ, не давая ему покоя ни днемъ, ни ночью. Сонъ дѣлается безпокойнымъ, тревожнымъ.

Вскорѣ разстраивается функція сосудодвигательной нервной системы, что сопровождается рѣзкими колебаніями въ кровенаполненіи внутреннихъ органовъ и ведетъ къ возникновенію различныхъ непріятныхъ ощущеній, какъ-то: чувства тяжести и давленія въ головѣ, появленія головокруженія, пульсаціи сосудовъ, сердцебіенія и т. п.

Важнѣйшимъ общимъ симптомомъ, въ теченіи неврастеніи (Krafft-Ebing) служитъ тяжелое разстройство общаго чувства, чувство подорванности физическихъ и психическихъ силъ, чувство тяжелаго недомоганія. Какъ реакція на все это, въ сознаніи больного, развивается глубокое душевное угнетеніе, и фантазія рисуетъ ему въ будущемъ мрачную безотрадную картину.

Въ зависимости отъ того, какая часть нервной системы оказывается сильнѣе затронутой, и гдѣ у паціента locus minoris resistentiae, неврастенія принимаетъ тотъ или иной внѣшній обликъ.

Если головной мозгъ находится въ состояніи раздражительной слабости, то больные жалуются на давленіе въ головѣ и на крайнюю тугость и ослабленіе своихъ умственныхъ способностей. По большей части при этомъ испытываются паралгическія ощущенія въ мягкихъ частяхъ головы и цѣлый рядъ непріятныхъ послѣдствій сосудодвигательнаго характера. Все это заставляетъ невольно больныхъ обращать свое вниманіе на голову и бояться такихъ болѣзней, какъ

размягченіе мозга, или сумасшествіе, мысль о которомъ приводитъ ихъ въ полное отчаяніе.

Нерѣдки явленія раздраженія со стороны глазъ и уха; при раздражительной слабости аккоммодаціи, чтеніе вызываетъ боль, а иногда даже становится невозможнымъ.

Если затронутъ, главнымъ образомъ, спинной мозгъ, то наблюдается быстрая утомляемость при движеніяхъ, слабость, вялость, парестезіи, паралгіи, невралгіи, гиперестезіи, повышеніе кожныхъ и глубокихъ рефлексовъ. Особенно важнымъ симптомомъ служитъ болѣзненность въ области остистыхъ отростковъ позвоночнаго столба (спинно-мозговое раздраженіе).

При неврастеніи, имѣющей причиннымъ моментомъ половыя злоупотребленія, выступаютъ на первый планъ неврозы половыхъ органовъ, раздражительная слабость центровъ половыхъ органовъ и поллюціи, что весьма вредно отражается на дѣятельности головного и спинного мозга, въ въ особенности же, на психикѣ.

Въ случаяхъ, гдѣ сильнѣе затронуты пути и сплетенія симпатической нервной системы, больные жалуются на одышку, сжиманіе и давленіе горла, на дрожаніе въ области сердца, на сердцебіеніе на состояніе страха и на крайне тяжелое ощущеніе пульсаціи артерій, обусловленное гиперестезіей нервовъ, иннервирующихъ сосуды, при чемъ больные иногда жалуются на цѣлый рядъ разстройствъ со стороны желудочно-кишечнаго тракта.

Въ чемъ бы ни проявлялась въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нервная слабость, можно сказать, что теченіе ея зависитъ преимущественно отъ степени наличнаго общенервнаго предрасположенія и отъ интенсивности внѣшнихъ неблагопріятныхъ вліяній, дѣйствующихъ на больного. Если больной пользовался до того вполнѣ нормальнымъ умственнымъ здоровьемъ, не обнаруживалъ невропатической на-

слѣдственности, и неврастеническое состояніе развилось подъ вліяніемъ какихъ-либо напряженій, умственныхъ возбужденій, или необычныхъ условій жизни, то возможно ожидать, что, при правильномъ леченіи и при хорошихъ внѣшнихъ условіяхъ, неврастенія приметъ благопріятный оборотъ и совершенно, или, въ крайнемъ случаѣ, почти совершенно пройдетъ.

Въ общемъ, мы можемъ сказать, что неврастенія у лицъ безъ невропатической наслѣдственности, въ отношеніи прогноза, должна считаться благопріятной, при томъ однако условіи, чтобы всѣ вредные моменты были возможно скоро удалены и не оказывали дальнѣйшаго вліянія на состояніе здоровья паціента.

Однако совершенно чистые случаи пріобрѣтенной неврастеніи, т. е. такіе, при которыхъ не имѣется никакого расположенія къ нервной слабости, составляютъ довольно рѣдкое явленіе, такъ какъ необходимо помнить, что расположеніе къ неврастеніи можетъ быть не только унаслѣдованнымъ, но и пріобрѣтеннымъ. Къ такимъ вреднымъ моментамъ, слѣдстствіемъ которыхъ можетъ явиться пріобрѣтенное расположеніе, нужно отнести всѣ неблагопріятныя условія, дѣйствующія на нервную систему въ періодъ ея развитія (рахитъ, плохое питаніе, злоупотребленія половыми органами и т. п.). Къ таковымъ же моментамъ можно отнести плохія условія существованія, преждевременное вступленіе въ жизненную борьбу, несчастные браки, тяжелыя служебныя обязанности, нѣкоторыя инфекціонныя заболѣванія и т. п. У такихъ лицъ, по видимому ничтожныя сравнительно причины, могутъ вызвать появленіе неврастеническихъ симптомовъ.

Krafft-Ebing пишетъ, что изъ пріобрѣтенныхъ случаевъ неврастеніи особо хорошій прогнозъ можно ставить относительно тѣхъ, которые развились вслѣдъ за лихорадоч-

ными и пуэрперальными болѣзнями. Менѣе благопріятны случаи, развившіеся послѣ нравственныхъ или механическихъ потрясеній; затѣмъ идетъ неврастенія, обусловленная продолжительными душевными волненіями и умственнымъ напряженіемъ и, наконецъ, такая неврастенія, которая развилась на почвѣ многолѣтней и ранней мастурбаціи.

Flitermann считаетъ, что приблизительно одна треть неврастениковъ можетъ расчитывать на полное излеченіе.

Нѣсколько иначе обстоитъ дѣло, гдѣ имѣется на лицо конституціональная неврастенія, и неврастеническое предрасположеніе обнаруживается весьма рано во всемъ психическомъ складѣ больныхъ. Здѣсь расчитывать на излеченіе весьма трудно; необходимо самое умѣлое и тщательно проведенное леченіе, при наилучшихъ и благопріятнѣйшихъ внѣшнихъ условіяхъ. Возможно, правда, добиться улучшенія, а иногда и исчезновенія нѣкоторыхъ отдѣльныхъ симптомовъ и тягостныхъ проявленій нервной слабости, но при этомъ нужно всегда помнить, что малѣйшій, самый, по видимому, незначительный поводъ можетъ за собой повлечь новое появленіе исчезнувшаго симптома, даже въ обостренной формѣ.

Мнѣ кажется вполнѣ возможнымъ согласиться съ мнѣніемъ, высказаннымъ, между прочимъ, и проф. Strümpell'емъ, согласно которому дѣйствительное излеченіе, при конституціональной неврастеніи, врядъ-ли возможно, такъ какъ оно было бы равнозначущимъ полному превращенію всей психической индивидуальности.

Утѣшеніемъ должно служить то обстоятельство, что, если такія лица будутъ вести правильный и соотвѣтствующій образъ жизни и будутъ пощажены отъ ударовъ судьбы, то существованіе ихъ можетъ быть довольно сноснымъ и нелишеннымъ работоспособности, въ болѣе же пожиломъ

возрастѣ можетъ наступить иногда рѣзкое ослабленіе болѣзненныхъ явленій.

Не смотря на благопріятный, въ отношеніи жизни, прогнозъ неврастеніи, необходимо всегда помнить о цѣломъ рядѣ осложненій, которыя могутъ явиться результатомъ отчасти наслѣдственнаго отягченія, отчасти самого невроза.

Возможныя послѣдствія эти были уже описаны Beard'омъ, который указываетъ на: 1) душевныя болѣзни, чаще всего, въ формѣ меланхоліи, 2) на истерію и истеро-эпилепсію, 3) на общія нефиксированныя невралгіи, 4) на алкоголизмъ, 5) на морфинизмъ, 6) на заболѣваніе половыхъ органовъ (которые сами также могутъ служить причиной неврастеніи), 7) на сѣнную лихорадку, 8) на особую форму пищей судороги, 9) на каталепсію, 10) на параличи и органическія заболѣванія спинного мозга, и 11) на воспаленіе почекъ.

Изъ осложненій, развивающихся на почвѣ наслѣдственнаго отягченія, Krafft-Ebing указываетъ въ особенности на мигрень, сѣнную лихорадку, пищую судорогу и дегенеративные психозы, въ особенности періодическую меланхолію. Осложненія же, вытекающія изъ самого незроза, пишетъ авторъ, суть: алкоголизмъ, морфинизмъ, кокаинизмъ, никотіанизмъ, хлорализмъ и т. п., т. е., отравленіе такими веществами, къ которымъ больной прибѣгаетъ для подъема падающей энергіи, отчасти для своего успокоенія, отчасти же съ цѣлью обрѣсти сонъ.

Особое вниманіе на неврастенію, какъ причину алкоголизма, обращаетъ Grothers.

На высотѣ развитія невроза, возникая какъ результатъ истощенія или отравленія, возможны состоянія „чувственнаго бреда", „остраго слабоумія" или отупѣлости, также какъ и эпизодическія состоянія быстротечнаго неврастени-

ческаго помѣшательства. Маніи встрѣчаются у истощенныхъ неврастениковъ крайне рѣдко. Очевидно, что запасъ скрытой энергіи, необходимый для развитія маническаго состоянія, оказывается въ неврастеническомъ мозгу недостаточнымъ. Чаще наблюдаются на неврастенической основѣ, какъ уже было сказано, меланхоліи (Friedmann, Weygandt). Прототипомъ такихъ меланхолій, характеризующихся больше задержкою психическихъ функцій, чѣмъ преобладаніемъ душевной боли, можетъ служить меланхолія онанистовъ. Возможенъ также переходъ неврастеніи въ такія формы умственнаго разстройства, какъ неврастеническое первичное сумасшествіе и помѣшательство въ видѣ навязчивыхъ идей. Послѣдній переходъ наблюдается только у лицъ съ тяжелымъ наслѣдственнымъ отягченіемъ, главнымъ признакомъ котораго и надобно считать ту-же хроническую, конституціональную неврастенію.

Эти навязчивыя идеи, дѣйствуя не только на весь процессъ мышленія, но и потрясающимъ образомъ на сферу чувства, могутъ вызывать аффекты отчаянія и заставить больныхъ самостоятельно искать врачебной помощи (Luys). Въ чемъ можетъ заключаться содержаніе навязчивыхъ идей, крайне разнообразныхъ, объ этомъ было сказано выше.

Интересный случай постепеннаго перехода травматической неврастеніи въ первичное помѣшательство описываетъ Tissot.

О юношескомъ слабоуміи, развивающемся какъ бы на почвѣ неврастеніи, пишетъ René Masselon.

Изъ болѣзней, могущихъ осложнить неврастенію, кромѣ страданій, приведенныхъ мною выше, укажу еще на слѣдующія:

Такъ, напр., общее ослабленіе организма, часто сопутствующее нервной слабости, можетъ привести къ развитію туберкулеза, который такимъ образомъ можетъ послужить какъ

причиной неврастеніи, такъ иногда и косвеннымъ ея слѣдствіемъ.

О вліяніи нервной слабости на функцію почекъ пишетъ Bacci и приходитъ къ выводу, что подобно тому, какъ хроническое воспаленіе почекъ иногда, въ отдѣльныхъ случаяхъ, служитъ причиной нервнаго возбужденія, которое можно было бы назвать неврастеническимъ,—такъ точно и само нервное возбужденіе оказываетъ гибельное вліяніе на дѣятельность почекъ, а именно: вызываетъ фобіи и душевныя волненія, связанныя съ нервной слабостью, которыя, продолжаясь долгое время, могутъ вызвать появленіе въ мочѣ бѣлка и цилиндровъ; правда, эти послѣдніе иногда исчезаютъ, но, если неврастенія, какъ причина ихъ вызывающая, затягивается на слишкомъ долгое время, то можетъ, какъ осложненіе, явиться хроническое заболѣваніе почекъ.

Petit, въ своей работѣ, указываетъ на отношенія, существующія между неврастеніей и сколіозомъ. Неврастенія, говоритъ авторъ, можетъ вызвать постепенно общую слабость мускуловъ, вслѣдствіе чего послѣдніе не въ силахъ въ достаточной степени помогать связкамъ прочно удерживать сочленовныя поверхности костей; связки мало-помалу растягиваются, съ чѣмъ одновременно можетъ развиться и сколіозъ, плоская стопа, х-образныя ноги, а иногда ненормальная подвижность бедренныхъ, плечевыхъ, локтевыхъ и другихъ суставовъ. Со временемъ все это можетъ повести къ стойкимъ уродливостямъ.

Частое совпаденіе симптомовъ неврастеніи съ артеріосклерозомъ побудило нѣкоторыхъ авторовъ разобраться во взаимномъ отношеніи обоихъ страданій (Regis, Mathieu, Perrier и др.). При этомъ многіе изъ нихъ высказываютъ предположеніе, что подобно тому, какъ артеріосклерозъ можетъ послужить удобной почвой для развитія неврасте-

ніи, точно также и эта послѣдняя подготовляетъ соотвѣтствующую почву для артеріосклероза.

Melotti описываетъ случай paramyoclonus multiplex, развившійся на почвѣ неврастеніи.

Какъ на осложненіе неврастеніи, Punton указываетъ на появленіе при ней гинекологическихъ симптомовъ, при которыхъ однако слѣдуетъ быть очень осторожнымъ, въ примѣненіи хирургическаго леченія, такъ какъ послѣднее рѣдко бываетъ показаннымъ

Кромѣ тѣхъ случаевъ нервной слабости, которые оканчиваются выздоровленіемъ, и болѣе тяжелыхъ, встрѣчающихся у людей съ наслѣдственнымъ расположеніемъ, при которыхъ болѣзнь не покидаетъ паціента въ теченіе всей жизни, наблюдаются, хотя и весьма рѣдко, смертельные исходы. Возможными они бываютъ (если не считать острыхъ случаевъ—Bouchut) лишь при сильно запущенной желудочно-кишечной неврастеніи, при наличности „anorexie mentale“. Здѣсь наступаетъ необычайное ослабленіе больного, которое заканчивается смертью вслѣдствіе неудержимыхъ рвотъ, или же вслѣдствіе какого-либо случайнаго осложненія, съ которымъ не можетъ успѣшно бороться истощенный организмъ.

При нѣкоторыхъ видахъ неврастеніи, а именно при половой, спинно-мозговой и черепно-мозговой, необходимо имѣть въ виду возможность самоубійства (Krafft-Ebing). Боязнь спинной сухотки, размягченія мозга и тому подобныхъ тяжкихъ неизлѣчимыхъ страданій, приводитъ иногда къ печальной развязкѣ: больные, подъ вліяніемъ внезапнаго приступа страха и отчаянія, рѣшаются иногда на самоубійство. Подобный исходъ нужно всегда имѣть въ виду, если мы имѣемъ дѣло съ неврастеникомъ съ тяжелой невропатической наслѣдственностью, котораго не привязываетъ уже болѣе къ жизни ни жена, ни дѣти, и который не под-

дается вліянію разумныхъ доводовъ и убѣжденій со стороны людей, заслуживающихъ его довѣрія.

Въ заключеніе настоящей главы, я укажу еще на тотъ извѣстный фактъ, что у нѣкоторыхъ неврастениковъ обнаруживаются весьма рѣзко выраженныя идіосинкразіи къ опредѣленнымъ веществамъ, чаще всего къ алкоголю и къ табаку. Такъ, мнѣ лично, между прочимъ, пришлось наблюдать такого больного (изъ амбулаторныхъ больныхъ клиники), который, при обостреніи своего болѣзненнаго состоянія, абсолютно не выносилъ никотина. Испытывая иногда сильное желаніе покурить, онъ рѣшался, въ концѣ концовъ, взять папиросу, но тутъ-же долженъ былъ отказаться отъ своего намѣренія, такъ какъ при первыхъ-же втягиваніяхъ табачнаго дыма, онъ чувствовалъ головокруженіе и покрывался холоднымъ потомъ, который можно было вполнѣ ясно констатировать объективнымъ путемъ. Подобное непріятное состояніе повторялось съ замѣчательной правильностью при каждой попыткѣ больного возобновить куреніе. Послѣднее обстоятельство заставило паціента совершенно отказаться отъ употребленія табака.

VIII.

Виды неврастенiи.

Не смотря на то, что нервная слабость представляетъ собою общiй неврозъ, зависящiй отъ общаго разстройства въ нервной системѣ, тѣмъ не менѣе въ отдѣльныхъ случаяхъ оказывается, что вредный причинный моментъ можетъ особенно рѣзко отразиться лишь на какой-нибудь одной части этой системы. И вотъ, мы видимъ, что одинъ больной преимущественно обращаетъ вниманiе на желудочно-кишечный трактъ и жалуется на различныя, возникающiя въ немъ, разстройства; другого безпокоитъ болѣе всего сердце, третiй испытываетъ цѣлый рядъ непрiятныхъ ощущенiй въ области позвоночника, четвертый замѣчаетъ, что психическая его дѣятельность слабѣетъ и т. д., остальные признаки неврастенiи могутъ при этомъ быть сравнительно слабо выражены, а иногда и совершенно отступать на заднiй планъ. Преобладанiе въ картинѣ болѣзни то тѣхъ, то другихъ симптомовъ—съ одной стороны, а крайнее разнообразiе признаковъ неврастенiи съ другой—побудили авторовъ описать отдѣльные виды нервной слабости. Понятно, что дѣленiе неврастенiи на различные виды у различныхъ авторовъ оказалось далеко не одинаковымъ. Причиной этому служитъ, во-первыхъ, субъективная оцѣнка степени важности проявленiя того или другого признака, занимающаго насъ невроза и, во-вторыхъ, самъ принципъ, лежащiй въ основѣ классификацiи. Большинство невропатологовъ придерживается

симптоматическо-клинической группировки, признавая въ то-же время, въ этіологическомъ отношеніи, два строго разграниченныхъ вида, а именно: неврастенію наслѣдственную и пріобрѣтенную.

Нѣкоторые авторы устанавливаютъ особые виды, руководствуясь теченіемъ болѣзни.

Возможно себѣ представить также и этіологически-клиническую группировку и, наконецъ, патолого-анатомическую, которая, быть-можетъ, станетъ со временемъ возможной.

Первымъ, предложившимъ раздѣленіе неврастеніи на различныя клиническія формы, былъ Beard, который установилъ семь формъ ея, а именно: церебрастенію или черепно-мозговую, міэластенію или спинно-мозговую, гастрическую форму, половую форму, травматическую неврастенію, геми-неврастенію и истерическую форму или истеро-неврастенію. Эта классификація соотвѣтствуетъ отчасти принятой Bouchut'омъ (Binswanger), который еще до Beard'a представилъ симптоматологію неврастеніи въ своей работѣ „Nervosisme". Онъ прибавляетъ однако еще нервозизмъ сердечный, гортанный, кожный, спазмотическій, паралитическій и болевой (douloureux). Въ отношеніи теченія авторъ различаетъ острую и хроническую форму неврозизма, и, въ зависимости отъ соединенія съ другими нервными, или психическими болѣзненными симптомами, простую, истерическую и ипохондрическую форму неврозизма. Особенно настаиваетъ авторъ на выдѣленіи острой формы и приводитъ нѣсколько наблюденій, въ которыхъ неврастенія возникла внезапно и продолжалась всего нѣсколько недѣль, при чемъ, кромѣ нервнаго истощенія, нельзя было опредѣлить никакого другого остраго заболѣванія. Averbeck и др. также считаютъ полезнымъ различать внезапно наступающее истощеніе нервной энергіи или острую неврастенію.

Arndt, который считаетъ неврастенію, по крайней мѣрѣ

въ ея задаткахъ, обыкновенно врожденнымъ заболѣваніемъ, отдѣльно описываетъ неврастенію: грудныхъ дѣтей, собственно дѣтскаго возраста, подростающихъ мальчиковъ и дѣвочекъ, періода возмужалости, зрѣлаго возраста и—относительно рѣдкую форму неврастеніи—старческаго возраста.

Bouveret описываетъ девять клиническихъ формъ. Первыя три: неврастенія церебро-спинальная, церебрастенія и міэластенія основаны на чисто клинико-симптоматологическихъ соображеніяхъ. Вторая группа обнимаетъ острыя неврастеническія состоянія. Третья форма, наслѣдственная неврастенія, построена на этіологически-клинической основѣ, подобно четвертой и пятой—женской и половой нервастеніи. Въ шестомъ и седьмомъ видѣ, въ истеро-неврастеніи и травматической истеро-неврастеніи, авторъ описываетъ переходныя и смѣшанныя формы, которыя такъ блестяще были описаны Charcot.

Löwenfeld изображаетъ психическую (церебрастенія), спинальную (міэластенія) и цереброспинальную форму неврастеніи, кромѣ того, половую, наслѣдственную и травматическую (Binswanger).

На выдѣленіе особой травматической неврастеніи настаиваютъ, между прочимъ, Patricopoulo, Eskridge и другіе авторы. Эта этіологическая разновидность, пишетъ André, представляетъ большой интересъ и обособляется гораздо рѣзче, чѣмъ клиническія формы. Несчастные случаи на фабрикахъ и желѣзныхъ дорогахъ, а также вообще внезапный сильный испугъ могутъ иногда повлечь за собою нервныя разстройства, которыя нѣмецкими авторами выдѣляются въ особое страданіе,—въ такъ называемый травматическій неврозъ. Такіе неврозы, какъ „railway-brain“ и „railway-spine“ представляютъ ничто иное, какъ церебрастенію и міэластенію, съ большей или меньшей прибавкой истеріи.

По мнѣнію Gray'a, нервная слабость проявляется въ трехъ формахъ: 1) въ видѣ рефлекторной неврастеніи, 2) неврастеніи литемической, и 3) простой. Первый видъ является слѣдствіемъ рефлекторныхъ процессовъ, исходящихъ изъ раличныхъ внутреннихъ органовъ, и часто можетъ быть діагностированъ лишь послѣ внимательнаго изслѣдованія всего больного. Неврастенія литемическая, наиболѣе частая, впервые описанная Murchison'омъ, главнымъ образомъ, проявляется головокруженіемъ, шумомъ и звономъ въ ушахъ, субъективнымъ ощущеніемъ вялости, безсонницы, разстройствами сосудодвигательными и т. п. По поводу этого вида нервной слабости Brush замѣчаетъ, что онъ былъ описанъ подъ различными названіями, какъ то: литеміи' скрытой подагры, функціональнаго разстройства печени и т. п. Характеризуется эта литемическая неврастенія присутствіемъ въ крови нѣкоторыхъ токсическихъ веществъ, вырабатываемыхъ печенью, которыя обусловливаютъ отравленіе нервной системы, сопровождающееся общей сосудодвигательной слабостью и психическими симптомами. Причинами могутъ служить, какъ общіе моменты, вызывающіе истощеніе нервной системы, такъ и непосредственно дѣйствующіе на печень. Третій видъ, неврастенія простая, составляетъ то, что обычно принято понимать подъ этимъ названіемъ и возникаетъ, говоритъ авторъ, на почвѣ физическихъ и умственныхъ преутомленій и потрясеній.

Blocq предлагаетъ слѣдующую классификацію: 1) общая неврастенія, безъ особаго преобладанія какого-либо симптома, и 2) неврастенія съ преобладаніемъ какого-нибудь симптома. Послѣдняя можетъ затрогивать центральный или периферическій нервный аппаратъ, т. е. мозгъ головной, спинной, симпатическую и периферическую нервную систему, сообразно чему неврастенія получаетъ названіе черепно-мозговой, спинно-мозговой, симпатической и перифериче-

ской или мѣстной (N. locale). Послѣдняя форма, которая до сихъ поръ мало изучена, представляетъ собою неврастенію моно-симптоматическую. Боли, при ней наблюдающіяся (Blocq), могущія служить единственнымъ признакомъ неврастеніи, получили упомянутое выше названіе топоалгій и должны всегда имѣться ввиду хирургами. Отличаясь крайнимъ постоянствомъ и мучительностью, боли эти, говоритъ Müller въ своей работѣ „Les neurasthénies locales", могутъ подать поводъ къ предположенію существованія пораженія какого-нибудь внутренняго органа.

Противъ моно-симптоматической формы неврастеніи высказывается Binswanger, который считаетъ, что наличность отдѣльныхъ нервныхъ болѣзненныхъ симптомовъ не даетъ права заключить о существованіи нервной слабости. Симптомы эти могутъ быть обязаны своимъ происхожденіемъ вліянію строго локализированныхъ вредностей, которыя встрѣчаются и у людей здоровыхъ въ нервномъ отношеніи, или же возникаютъ на почвѣ невропатической конституціи, какъ частичное проявленіе болѣзненной наслѣдственности. Примѣрами служатъ различныя клоническія судороги, какъ-то: tic convulsive, судорога m. accessorius и т. п., которыя далеко не рѣдко являются единственными болѣзненными проявленіями наслѣдственной невропатической конституціи. Считать подобныхъ больныхъ неврастениками было бы, по мнѣнію автора, несправедливо.

Въ своей работѣ, касающейся нервной слабости, Levillain различаетъ 7 формъ неврастеніи, и такое дѣленіе признается André вполнѣ естественнымъ и нисколько не вредитъ, по его мнѣнію, клинической характеристикѣ этого невроза, такъ какъ типъ его, не смотря на сложность симптомовъ, остается приблизительно неизмѣннымъ. Формы эти слѣдующія: 1) обыкновенная форма—безъ особенно рѣзко выраженныхъ симптомовъ со стороны опредѣленныхъ орга-

новъ; 2) геминеврастенія, характеризующаяся преобладаніемъ разстройствъ въ одной половинѣ тѣла, такъ что невралгіи, слабость конечностей, дрожаніе и проч. наблюдаются только на одной сторонѣ, въ чемъ видна большая аналогія съ истеріей; 3) церебрастенія, представляющая собой болѣзнь литераторовъ и ученыхъ; 4) міэластенія или спинно-мозговое раздраженіе (irritatio spinalis) съ рѣзко выраженною болью въ позвоночникѣ и съ особенной его чувствительностью къ давленію; 5) сердечно-мозговая невропатія, т. е., обыкновенная неврастенія съ преобладаніемъ сердечныхъ и мозговыхъ разстройствъ; 6) форма желудочно-мозговая съ послѣдующими явленіями, какъ расширеніе желудка и энтероптозъ; 7) половая неврастенія, въ которой первое мѣсто занимаютъ разстройства въ половыхъ органахъ.

Binswanger различаетъ слѣдующія клиническія разновидности:

1) неврастенія съ преобладаніемъ психическихъ разстройствъ:

a) наслѣдственная форма неврастеніи.

b) пріобрѣтенное интеллектуальное истощеніе,

c) гипералгетическая форма.

2) Двигательная форма неврастеніи:

a) съ преобладаніемъ симптомовъ раздраженія.

b) паретическая форма.

3) Диспептическая.

4) Ангіоневротическая.

5) Половая форма неврастеніи.

Punton дѣлитъ нервную слабость на церебральную, спинальную, травматическую, половую, токсическую и рефлекторную.

Наряду съ различными формами неврастеніи, Ducoste описываетъ особый видъ нервной слабости, которому можно

было бы дать названіе „Neurasthenie à interpretation pessimiste“. Неврозъ этотъ развивается иногда у лицъ неотягощенныхъ болѣзненной наслѣдственностью, вслѣдъ за душевнымъ потрясеніемъ, съ сильными разочарованіями и тому подобными моментами. Вмѣстѣ съ обычными признаками неврастеніи, выраженными болѣе или менѣе ярко, больной обнаруживаетъ особое психическое состояніе, характеризующееся тѣмъ, что всѣ ощущенія и воспріятія истолковываются имъ въ пессимистическомъ смыслѣ, пріобрѣтая даже систематическій характеръ. Выздоровленіе служитъ обычнымъ исходомъ.

Guidi полагаетъ, что было бы полезнымъ отличить отъ различныхъ формъ неврастеніи особый видъ, который получилъ названіе нервной слабости отъ самовнушенія. Характеризуется онъ тѣмъ, что причиною болѣзни служитъ точно опредѣленный, хорошо извѣстный моментъ; что заболѣваютъ имъ часто люди, не имѣющіе болѣзненной наслѣдственности и отличающіеся какъ полнымъ физическимъ, такъ и психическимъ здоровьемъ; что отмѣчается нерѣдко очевидное несоотвѣтствіе между степенью причинной психической травмы и ея послѣдствіями и, наконецъ,—что самое важное,—это—ассоціація, развивающаяся на почвѣ травматизма,—ассоціація между болѣзненными ощущеніями, наблюдавшимися въ началѣ заболѣванія, и представленіемъ о страданіи; ощущенія эти вновь могутъ возникать и даже усиливаться подъ вліяніемъ ничтожнѣйшихъ причинъ, чѣмъ и устанавливается неврастенія.

По мнѣнію Dercum'а, мы должны, въ этіологическомъ отношеніи, отличать чистую форму неврастеніи (n. essentialis) отъ ложной формы (n. symptomatica), которая можетъ зависѣть отъ различныхъ органическихъ болѣзней. При чистой неврастеніи, говоритъ авторъ, слѣдуетъ строго отличать первичные и вторичные симптомы, при чемъ первые

суть слѣдствіе патологической усталости и безъ нихъ не можетъ быть поставленъ діагнозъ, въ то время какъ вторые являются слѣдствіемъ первичныхъ симптомовъ. Гдѣ бы въ тѣлѣ ни обнаружилась эта патологическая усталость, она всегда отличается тѣмъ, что покой приноситъ пользу, а дѣятельность усиливаетъ ее до болевыхъ ощущеній. Затѣмъ только присоединяются другіе болѣзненные симптомы, которые—ничто иное, какъ симптомы вторичные.

Слѣдствіемъ тяжелыхъ формъ неврастеніи являются патологическія измѣненія въ различныхъ органахъ, которыя вообще свойственны переутомленнымъ органамъ; но прежде, чѣмъ ткани въ достаточной степени измѣнились для постановки діагноза органическаго страданія, вся болѣзнь обнаруживается въ видѣ простого невроза. Эту тяжелую, неизлѣчимую форму неврастеніи Dercum называетъ neurasthenia terminalis.

За послѣднее десятилѣтіе нѣкоторые невропатологи обратили свое вниманіе на особую форму нервной слабости, выдѣленную Sollier подъ именемъ круговой неврастеніи. Заключается она, говоритъ авторъ, въ смѣнѣ состояній угнетенія и возбужденія, слѣдующихъ одно за другимъ безъ перерыва, при чемъ имѣются на лицо обычные симптомы неврастеніи. Продолжительность обоихъ состояній и ихъ сила весьма различны. Будучи формой хронической, прогрессивной, она приводитъ часто къ общему ослабленію умственныхъ способностей и можетъ привести къ слабоумію, или же осложниться органическими измѣненіями въ центральной нервной системѣ. Прогностика, такимъ образомъ, тяжелая. Леченіе оказывается весьма мало дѣйствительнымъ. Нѣкоторое значеніе можетъ имѣть леченіе моральное.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда продолжительность періода возбужденія и угнетенія равна одному дню, циркулярная

или круговая неврастенія получила, по предложенію Levillain, названіе ежедневно чередующейся круговой неврастеніи. Авторъ приводитъ наблюденіе, касающееся больного, который съ абсолютной регулярностью имѣлъ „хорошій и дурной день“. Кратковременность обѣихъ фазъ (возбужденія и угнетенія), ихъ одинаковая продолжительность, а также правильная смѣна побудили Levillain'а отдѣлить эту форму неврастеніи отъ просто—циркулярной, описанной Sollier.

Описаніе ежедневно чередующейся формы круговой неврастеніи мы встрѣчаемъ также у Oddo, наблюдавшаго больного неврастеника, у котораго подобнымъ-же образомъ происходила смѣна хорошихъ и плохихъ дней. Въ хорошіе дни паціентъ чувствовалъ почти непреодолимое желаніе много говорить и энергично проявлять свою дѣятельность, въ плохіе же дни, картина рѣзко мѣнялась: больной замѣчалъ ослабленіе памяти, сильную физическую усталость и полное отсутствіе какой бы то ни было энергіи.

Bordoni описываетъ неврастеника, у котораго регулярная смѣна хорошихъ и плохихъ дней продолжается около 3-хъ лѣтъ; во время дней плохихъ—паціентъ мало спитъ, не способенъ ни къ какому труду, ощущаетъ сдавливаніе головы, какъ бы обручемъ, и боли въ поясничной и крестцовой части позвоночника; въ ушахъ какъ бы звонъ колоколовъ, частое головокруженіе; предпочитаетъ оставаться въ темнотѣ. Предполагая приступъ лихорадки, больной измѣряетъ температуру, которая однако не выше 37°. Заснувъ, онъ часто внезапно просыпается, дрожа отъ страха, покрытый холоднымъ потомъ. Аппетитъ хорошій, но послѣ ѣды испытываетъ непріятное ощущеніе въ области желудка. Въ моральномъ отношеніи больной угнетенъ, печаленъ и раздражителенъ. Въ то-же время больной чувствуетъ зудъ въ плечахъ и холодъ, повторяющіеся съ замѣчательною правильностью. Въ хорошіе дни онъ веселъ и спокоенъ.

Подобно предъидущимъ авторамъ Dunin также наблюдалъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ картину болѣзни, которая по своей симптоматологіи подходила къ неврастеніи, но отличалась тѣмъ, что ея теченіе было исключительно перемежающееся, подобно тому, какъ это бываетъ при періодическомъ помѣшательствѣ. Hoche и Hecker относили это заболѣваніе не къ особому виду неврастеніи, а считали періодическимъ помѣшательствомъ, но Dunin причисляетъ его къ нервной слабости, хотя бы оно стояло на границѣ психозовъ и неврозовъ, граница которыхъ можетъ быть не всегда ясно выражена. Появленіе отдѣльныхъ фазъ этой болѣзни не можетъ быть поставлено въ зависимость отъ какихъ бы то ни было внѣшнихъ обстоятельствъ, или отъ особыхъ причинъ. Въ одномъ рядѣ наблюденій, возбужденіе отсутствовало, и Dunin могъ отмѣтить лишь періодическое угнетеніе, въ другомъ же—имѣлось смѣняющееся состояніе возбужденія и угнетенія, т. е., циркулярная форма. Отдѣльные фазы могутъ быть очень короткими, такъ что весь циклъ продолжается 1—2 дня, но они могутъ тянуться недѣлями и мѣсяцами. Депрессивныя состоянія не всегда бываютъ одинаковыя: то въ нихъ больше выражена апатія, то меланхолія, то очень часто навязчивыя сомнѣнія. Достовѣрной наслѣдственности во всѣхъ случаяхъ не было; впрочемъ, ея одной, по мнѣнію автора, еще мало для развитія невроза: должны присоединиться и другіе моменты, какъ-то: переутомленіе, эксцессы и пр. Прогнозъ авторъ считаетъ не безусловно благопріятнымъ. Болѣзнь развивается постепенно, и припадки въ началѣ не столь рѣзки. Между періодическими и циркулярными формами неврастеніи имѣются переходныя формы, такъ что подраздѣленіе лишь схематично.

Въ пользу существованія періодической неврастеніи высказываются также Pregowsky и Pulawsky, причемъ

послѣдній авторъ указываетъ на трудность разграниченія этого страданія отъ циркулярныхъ психозовъ.

Указанными трудностями возможно, по всей вѣроятности, объяснить взглядъ авторовъ, не признающихъ существованія циркулярной неврастеніи и считающихъ, что этотъ видъ—ничто иное, какъ циркулярная форма какого-нибудь психоза. Scheiber прямо заявляетъ, что случаи Sollier, Oddo и Dunin'а едва-ли могутъ быть отнесены къ круговой нервной слабости, а гораздо скорѣе должны быть причислены къ круговому помѣшательству со слабо выраженными симптомами.

Лично я изъ своей практики вынесъ такое впечатлѣніе, что циркулярная форма неврастеніи существуетъ, и что типичное теченіе вполнѣ оправдываетъ выдѣленіе ея въ особый видъ. Что касается смѣшенія циркулярной неврастеніи съ циркулярными психозами, то мнѣ кажется, что, изслѣдуя съ возможной полнотой больного, его физическую и психическую сторону, и придерживаясь того, что въ настоящее время извѣстно въ наукѣ о симптомахъ неврастеніи, въ частности — о важнѣйшихъ ея признакахъ, мы едва ли будемъ поставлены въ такое положеніе, чтобъ не быть въ состояніи рѣшить съ извѣстной долей вѣроятія, съ какой болѣзнью въ сущности мы имѣемъ дѣло.

Ограничиваясь перечисленіемъ приведенныхъ классификацій, предложенныхъ различными авторами, отмѣтимъ еще разъ то обстоятельство, что, признавая нервную слабость за общее заболѣваніе нервной системы, мы должны смотрѣть на эти классификаціи какъ на нѣчто искусственное, но все-же заслуживающее полнаго вниманія, такъ какъ въ нихъ отразилось стремленіе авторовъ представить разсматриваемый нами неврозъ въ наиболѣе удобныхъ, съ точки зрѣнія клинической, формахъ, отличающихся одна отъ

другой въ діагностическомъ, терапевтическомъ и другихъ отношеніяхъ.

На практикѣ нерѣдко оказывается, что, у одного и тогоже больного, симптомы одной формы могутъ переплетаться съ симптомами другой и дать, такимъ образомъ, довольно пеструю картину, которую бываетъ трудно подвести подъ строго опредѣленный видъ.

Въ этіологически-клиническомъ отношеніи, формы неврастеніи наслѣдственной отъ пріобрѣтенной довольно строго отличаются одна отъ другой.

Главнѣйшими отличительными признаками наслѣдственной формы служатъ: 1) начало страданія, обнаруживающееся уже въ дѣтствѣ, весьма часто за нѣкоторое время до наступленія половой зрѣлости и, при томъ, безъ какой-либо очевидной причины; 2) теченіе, характеризующееся частыми обостреніями и ремиссіями болѣзненнаго состоянія; 3) такіе симптомы, какъ одностороннее развитіе однѣхъ способностей на счетъ другихъ; временная остановка умственнаго развитія въ молодыхъ годахъ; нерѣдко умственныя способности энергично проявляются какъ бы періодически. Во время ухудшенія симптомы проявляются: въ разстройствахъ сна, въ неспособности сосредоточиваться въ навязчивыхъ представленіяхъ, нерѣдко нозофобическаго содержанія, въ появленіи аффектовъ страха, въ немотивированныхъ вспышкахъ гнѣва, въ болѣзненномъ упрямствѣ, въ склонности къ импульсивнымъ дѣйствіямъ, въ наклонности къ самоубійству въ раннемъ развитіи половыхъ влеченій, какъ нормальныхъ такъ и извращенныхъ, въ онанизмѣ и т. п. Наряду со всѣмъ этимъ мы находимъ и другіе признаки неврастеніи въ самой разнообразной группировкѣ и съ различной силой выраженные. Часто наблюдаются упорныя головныя боли, которыя обнаруживаются уже въ молодомъ возрастѣ въ самомъ началѣ посѣщенія школы; продолжаются иногда

недѣли и мѣсяцы, появляясь ежедневно и не покидая больного нѣсколько часовъ подъ-рядъ. Иногда больные страдаютъ настоящими приступами мигрени.

Кромѣ головныхъ болей, особенно половинныхъ, при наслѣдственныхъ формахъ неврастеніи, находятъ боли, локализирующіяся и въ другихъ частяхъ тѣла, какъ то: кожѣ, мускулахъ и суставахъ, при чемъ онѣ часто сильнѣе выражены на сторонѣ, соотвѣтствующей больной половинѣ головы. Это половинное разстройство чувствительности, столь характерное для истеріи, служитъ какъ бы связывающимъ звеномъ между послѣдней и нервной слабостью. И дѣйствительно, иногда наблюдаются постепенные переходы къ истеріи, которые и побудили авторовъ выдѣлить особый видъ истеро-неврастеніи.

Говоря о наслѣдственной формѣ неврастеніи, Binswanger обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что этотъ видъ занимаетъ, какъ бы промежуточную область между недоразвитыми психопатіями и вполнѣ развитыми душевными болѣзнями. Намъ приходится ее отличать, съ одной стороны, отъ изолированныхъ психо-и невропатическихъ болѣзненныхъ признаковъ людей наслѣдственно-отягченныхъ (признаковъ какъ-то: tic convulsif, отдѣльныя навязчивыя представленія и. т. п.) и, съ другой стороны, отъ ясно выраженныхъ психозовъ, какъ то: меланхоліи и ипохондріи, въ особенности же отъ дегенеративныхъ психозовъ (циркулярнаго, періодическаго помѣшательства, нравственнаго идіотизма и слабоумія). Мы никогда не должны забывать, что границы между этими, наслѣдственно обоснованными, болѣзненными состояніями проводятся часто лишь искуственно, давая большой просторъ субъективному сужденію о томъ, имѣется-ли дѣло съ психозомъ, или лишь съ неврастеническимъ состояніемъ, и что относительно легкая болѣзненная форма, которую назвать неврастеніей было полное

основаніе, можетъ въ любое время перейти въ тяжелый психозъ, часто съ невѣроятной быстротой.

Весьма важнымъ критеріемъ для сужденія о томъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ наслѣдственной неврастеніей, служать, кромѣ времени появленія, и теченія, упомянутые нами, какъ симптомы унаслѣдованной нервной слабости, аффекты страха, навязчивыя представленія и т. д.. т. е, то, что принимается многими авторами за признаки психическаго вырожденія. Признаки эти могутъ однако быть развитыми далеко не въ одинаковой степени, что и послужило отчасти поводомъ къ дѣленію наслѣдственной неврастеніи на различные подотдѣлы. Такъ, Levillain различаетъ три разновидности: при первой, рѣчь идетъ о неврастеніи, развившейся подъ вліяніемъ обычныхъ причинъ, при чемъ примѣшаны единичные наслѣдственные (дегенеративные) признаки. При второй,—къ развившейся, подобнымъ-же образомъ, неврастеніи, присоединяются тяжелыя истерическія состоянія, не смотря на отсутствіе достаточныхъ внѣшнихъ поводовъ. При третьей,—появленіе ясныхъ симптомовъ нервнаго истощенія наступаетъ въ очень молодые годы, и не можетъ быть объяснено какими-либо опредѣленными причинами.

Въ то время, какъ наслѣдственная неврастенія является результатомъ врожденной недостаточности, усталости нервной системы, которая съ первыхъ годовъ жизни все сильнѣе и сильнѣе проявляется,—при неврастеніи пріобрѣтенной имѣется психическое истощеніе, вызванное чаще всего умственнымъ переутомленіемъ, продолжительными психическими возбужденіями и недостаточнымъ отдыхомъ. Каковы бы вообще ни были разнообразныя причины, способствующія развитію пріобрѣтенной нервной слабости, характернымъ долженъ считаться тотъ фактъ, что, до заболѣванія, больной отличался вполнѣ нормальными интеллектуальными

способностями. и что у него нельзя было подмѣтить, хотя бы въ слабой степени, тѣхъ разстройствъ, которыя особенно характерны для неврастеніи.

Это существенное различіе между обѣими формами неврастеніи, а также неодинаковое ихъ теченіе и исходъ побудили нѣкоторыхъ авторовъ считаться только съ указанными двумя формами, находя безполезнымъ устанавливать, соотвѣтственно преобладающимъ симптомамъ, тѣ или иные виды, какъ то: желудочно-кишечный, половой, сердечный и т. п. Всѣ эти формы—слишкомъ искуственны; гораздо важнѣе, говоритъ Weygandt, умѣть отличить въ дѣйствительности двѣ важныя разновидности нервной слабости: неврастенію наслѣдственную отъ неврастеніи пріобрѣтенной. Этотъ-же авторъ совѣтуетъ, чтобы мы, діагностируя пріобрѣтенную нервную слабость, прибавляли видимую причину заболѣванія, говоря, напр.: „неврастенія алкогольнаго происхожденія, или неврастенія какъ слѣдствіе инфлюэнцы“, и т. д.

Насколько нѣкоторые невропатологи рѣзко отличаютъ неврастенію наслѣдственную отъ пріобрѣтенной, примѣромъ можетъ служить взглядъ Gilles de la Tourett'a. Необходимо, пишетъ этотъ авторъ. съ нозографической точки зрѣнія различать истинную неврастенію (пріобрѣтенную) отъ неврастеніи наслѣдственной или конституціональной. Это—два состоянія, имѣющія лишь общее названіе и нѣсколько общихъ признаковъ, въ остальныхъ же отношеніяхъ радикальнымъ образомъ отличающіяся другъ отъ друга какъ причинами, ихъ вызывающими, такъ и теченіемъ, и исходомъ. Неврастенія конституціональная возникаетъ безъ видимыхъ причинъ у лицъ, имѣющихъ бо̀льшую или меньшую степень невропатической наслѣдственности, и обычно не излечивается. Неврастенія же пріобрѣтенная, часто быстро проходитъ, коль скоро устраняется причина, ее вызывающая. Неврастеники

наслѣдственные, въ противоположность больнымъ съ пріобрѣтенной формой, всю жизнь влачатъ жалкое существованіе и мучатся всевозможными тревогами и страхами. Въ особо тяжелыхъ случаяхъ, болѣзнь можетъ даже закончиться какимъ нибудь психозомъ, чаще всего, меланхоліей.

Придерживаясь въ настоящемъ изложеніи взгляда, согласно которому неврастенія зависитъ отъ общихъ, пріобрѣтенныхъ или унаслѣдованныхъ, разстройствъ нервной системы, т. е. представляетъ собою общій неврозъ, и при томъ своеобразный,—перейдемъ къ изложенію ея видовъ, руководствуясь при томъ весьма распространенной классификаціей и описаніемъ, предложенными Krafft-Ebing'омъ *). Названный авторъ устанавливаетъ пять видовъ нервной слабости: 1) церебрастенію, 2) міэластенію, 3) желудочно-кишечную неврастенію, 4) сердечную или сосудодвигательную, и 5) половую.

I. Церебрастенія.

Картина раздражительной слабости головного мозга и нервовъ, берущихъ отъ него начало, встрѣчается въ настоящее время весьма часто, въ особенности среди лицъ интеллигентнаго класса, у которыхъ непрерывная борьба съ житейскими невзгодами и постоянное умственное напряженіе неразрывно связаны съ ихъ существованіемъ.

Главнѣйшими симптомами служатъ нарушенія психическихъ, чувствительныхъ и сосудодвигательныхъ функцій.

Различныя стороны функцій психическаго механизма оказываются разстроенными: больной воспроизводитъ представленія съ трудомъ и теченіе ихъ встрѣчаетъ задержку, доходящую иногда до временной неспособности мыслить. Сужденія и умозаключенія отличаются медленностью и

*) Krankheitsbilder der Neurasthenie.

неувѣренностью. Воля ослаблена до такой степени, что больной—не въ состояніи принимать какія бы то ни было рѣшенія (Regis). Также впечатлѣнія внѣшняго міра тусклы, лишены живости и иногда наблюдаются легкія степени психической анестезіи. Такіе больные жалуются, что память имъ измѣняетъ, что у нихъ нѣтъ мыслей, что они потеряли способность соображать, что ихъ энергія и жизненныя силы подорваны, что передъ глазами у нихъ какъ бы духовная завѣса, и они уже не могутъ болѣе ясно схватывать мысли. При болѣе тяжелыхъ случаяхъ страданія, дѣло можетъ дойти до эпизодическихъ состояній умственной отупѣлости, даже до душевной глухоты и слѣпоты, до амнестической афазіи и аграфіи, при чемъ обычнымъ явленіемъ бываетъ также парафразія, т. е., употребленіе словъ, не соотвѣтствующихъ смыслу фразы.

Наряду съ подобными состояніями torpor'a психическаго органа, нерѣдко наблюдаются состоянія его возбужденія. Во время такихъ состояній эретизма, обнаруживается рѣзкая душевная возбудимость и впечатлительность; то-же отмѣчается и со стороны органовъ чувствъ въ видѣ гиперестезіи, затѣмъ различныя субъективныя ощущенія (акузмы, фантазмы); мозговой эретизмъ въ видѣ крайне тягостныхъ, пестрыхъ, навязчивыхъ мыслей и представленій, которыя лишаютъ сна и покоя; фобіи и т. п.

Интенсивность психическихъ уклоненій отъ нормы—весьма колеблющаяся; постояннымъ однако является крайне быстрое психическое истощеніе, доходящее до временной недостаточности. Понятно, что отвѣтной реакціей на все это служитъ мрачное и тоскливое настроеніе больныхъ.

Фантазія больныхъ рисуетъ имъ страшныя картины угрожающаго сумашествія, размягченіе мозга, удара и развиваетъ въ нихъ цѣлый рядъ нозофобическихъ представ-

леній и опасеній за дальнѣйшее матеріальное и психическое существованіе.

Больные становятся впечатлительными, малодушными, трусливыми и, находясь всецѣло во власти испытываемыхъ ими психическихъ и физическихъ болѣзненныхъ ощущеній, дѣлаются раздражительными и эгоистичными.

Весьма часто, и въ особенности тамъ, гдѣ картина болѣзни развивается на половой почвѣ, наблюдаются фобіи и навязчивыя представленія. Ухудшеніе болѣзненныхъ симптомовъ, въ случаѣ нахожденія больныхъ въ обществѣ (страхъ, головокруженіе, умственное затемнѣніе, недостаточная способность схватывать мысли, затрудненная рѣчь, чувство близкой гибели, угрожающаго обморока, сильное потѣніе, сердцебіеніе, чувство покраснѣнія или поблѣднѣнія, забота не показаться смѣшнымъ, боязнь неловкости и т. д.), заставляетъ ихъ избѣгать всякаго общенія съ людьми. Опасеніе, чтобы съ ними, при ихъ, кажущейся имъ, тяжелой болѣзни, чего-либо не случилось, вызываетъ agoraphobi'ю и claustrophobi'ю.

Попытки побороть свое состояніе, или же принудить себя къ умственной дѣятельности вызываютъ сосудодвигательныя рефлекторныя явленія, которыя приводятъ къ появленію страха, чувства тоски, оглушенія, головокруженія, давленія въ головѣ и даже рвоты. Ко всему этому присоединяются разстройства чувствительности въ формѣ паралгій; вслѣдствіе иррадіаціи на сердечные и желудочные нервы, появляются сердцебіеніе и диспептическія разстройства.

Нерѣдко, одновременно съ психической астеніей, имѣется также раздражительная слабость аккоммодаціоннаго аппарата глаза (астенопія). Послѣ малѣйшаго напряженія зрѣнія, больной принужденъ бываетъ оставить свои занятія, такъ какъ фиксируемые предметы сливаются, и наступаютъ явленія гиперестезіи сѣтчатки, сопровождающіяся „mouches volantes“. При этомъ чувство давленія въ головѣ достигаетъ

мучительной степени, появляются головная боль и боль въ глазахъ, слезотеченіе и гиперемія коньюнгтивы,

Чувствуя, съ одной стороны, ослабленіе своихъ умственныхъ силъ, а съ другой—отказъ органовъ чувствъ служить дальнѣйшую службу, больной предается всецѣло мрачнымъ мыслямъ о своемъ положеніи и ожидающей его судьбѣ.

Сонъ можетъ быть нормаленъ; чаще однако онъ не глубокъ, прерывается страшными сновидѣніями и не доставляетъ желаннаго подкрѣпленія силъ.

Обычно по утрамъ неврастеникъ чувствуетъ себя хуже. Часто засыпаніе бываетъ затруднено и сонъ прерывистъ. Иногда, онъ ненормально глубокъ, какъ послѣ наркотическихъ средствъ, и въ такихъ случаяхъ сонливость наблюдается и въ теченіе дня.

Большинство церебрастениковъ не переноситъ обычнаго количества спиртныхъ напитковъ и совершенно не выноситъ никотина.

Половое влеченіе, вслѣдствіе тяжелаго душевнаго состоянія и нозофобическихъ мыслей, обыкновенно рѣзко понижено. Послѣднее обстоятельство не исключаетъ однако возможности, что временами, какъ частичное проявленіе мозгового эретизма, наступаютъ эротическія состоянія, во время которыхъ больного преслѣдуютъ сладострастныя картины, причемъ дѣло можетъ дойти до пріапизма. Половой актъ въ такихъ случаяхъ, не только не доставляетъ удовлетворенія и не избавляетъ отъ навязчивыхъ эротическихъ картинъ, а напротивъ того, усиливаетъ эретизмъ.

Главнымъ симптомомъ въ чувствительной сферѣ, рѣдко отсутствующимъ, является чувство давленія въ головѣ. Нерѣдко больные жалуются также на непріятное ощущеніе треска въ головѣ и на шумъ, который, очевидно, зависитъ отъ внутри-черепного раздраженія слухового нерва, непрерывно ощущается и долженъ быть отличаемъ отъ ритмиче-

скихъ пульсирующихъ шумовъ мозговыхъ артерій, зависящихъ отъ гиперестезіи nervorum vasorum.

Въ такихъ случаяхъ, иногда могутъ наблюдаться весьма тягостныя, элементарныя галлюцинаціи (мелодіи, щебетаніе птицъ и т. д.).

Вслѣдствіе имѣющагося возбужденія, больные находятся въ какомъ-то безпокойномъ состояніи, какъ бы побуждаемые къ дѣятельности,—однако быстрый упадокъ и истощеніе ихъ психической энергіи не предоставляетъ возможности осуществить желаемое. Въ этомъ заключается, отчасти, мучительность состоянія, которая еще усиливается замѣчаемымъ въ тѣлѣ дрожаніемъ, ощущеніемъ жара и холода, anxietas tibiarum и т. п.

Если попытаться свести проявленія церебральной астеніи къ ея основнымъ причинамъ, то основаніемъ явленій раздражительной слабости въ психическомъ органѣ оказывается затрудненная функція, и именно какъ клиническое проявленіе нарушенныхъ условій питанія.

Ко всему этому, какъ психическій факторъ, присоединяется до крайности измученная и объективирующая свои психическія и тѣлесныя непріятныя ощущенія, въ цѣломъ рядѣ самовнушенныхъ нозофобическихъ представленій, психика больного. Результатомъ является угнетеніе, усиленіе процессовъ торможенія и,—вслѣдствіе вліянія вазоматорныхъ функцій, столь тѣсно связанныхъ съ психическими процессами,—страхъ и цѣлый рядъ дальнѣйшихъ тѣлесныхъ ощущеній.

Этому соучастію вазомоторной нервной системы, въ значительной степени, способствуетъ врожденная или пріобрѣтенная неустойчивость функцій сосудистыхъ нервовъ. Какъ на очевидно вазомоторнымъ путемъ вызванныя разстройства можно указать на давленіе въ головѣ, на головокруженіе, на чувство оглушенія, на ощущеніе спутанности

мыслей и т. п. Временнымъ спазмомъ мозговыхъ сосудовъ можно пожалуй объяснить зѣваніе, рвоту и т. п.

Изъ разстройствъ памяти, встрѣчающихся и у психически-здоровыхъ людей, а у неврастениковъ довольно часто, укажу на такъ называемые обманы воспоминанія. Интересный, сюда относящійся, случай, описываетъ, между прочимъ, Pospischil. Дѣло касается 60-тилѣтняго мужчины, посвятившаго себя литературнымъ трудамъ, который однажды, вслѣдъ за крайне напряженной работой, почувствовалъ головокруженіе и непріятное ощущеніе въ головѣ; ощущеніе это стало въ послѣдующіе дни усиливаться и дошло наконецъ до того, что больной, написавъ однажды письмо, не былъ въ состояніи вспомнить точно свой адресъ. Послѣ отдыха, продолжавшагося нѣсколько дней, указанныя явленія исчезли. Шесть мѣсяцевъ спустя, вновь послѣ умственнаго напряженія, стали появляться рѣзкіе признаки мозгового истощенія. Поработавъ нѣсколько часовъ, онъ испытывалъ умственное утомленіе, головокруженіе при ходьбѣ и покачиваніе. Все, что говорили или дѣлали окружающіе, казалось ему крайне страннымъ, разговоры непріятными и пошлыми,—и все производило на него необычное и неясное впечатлѣніе. Въ концѣ концовъ, у него получилось ощущеніе, будто то положеніе, въ которомъ онъ находится, а также все то, что онъ говоритъ, дѣлаетъ и слышитъ, онъ когда-то уже переживалъ, все это дѣлалъ и слышалъ. Послѣ отдыха, въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль, въ теченіе которыхъ больной велъ строго регулярный образъ жизни, всѣ вышесказанныя явленія исчезли.

Теченіе церебрастеніи бываетъ обычно подострое, или хроническое—постоянное съ временными ослабленіями, а иногда и съ исчезновеніемъ симптомовъ.

Ремиссіи, почти безъ исключенія, падаютъ на вечерніе часы, а обостренія на утренніе. Вторичное обостреніе наблю-

дается ко времени обѣда, продолжаясь въ теченіе пищеваренія.

Прогнозъ, въ случаяхъ пріобрѣтенной церебрастеніи, у лицъ непредрасположенныхъ, благопріятенъ и выздоровленіе можетъ наступить въ самый короткій срокъ.

При подобныхъ-же, но запущенныхъ случаяхъ, выздоровленіе можетъ быть достигнуто лишь по истеченіи мѣсяцевъ. Многое при этомъ зависитъ отъ того, насколько больной въ состояніи доставить себѣ полный умственный отдыхъ и держаться вдали всего его волнующаго, не забывая при этомъ о развлеченіяхъ.

Дифференціальный діагнозъ. Церебрастенія можетъ быть довольно легко смѣшана съ психозами и органическими заболѣваніями мозга, и постановка дифференціальнаго діагноза, въ начальныхъ стадіяхъ, наталкивается иногда на значительныя затрудненія. Послѣднее обстоятельство вполнѣ понятно, если мы вспомнимъ о той весьма тѣсной связи, которая существуетъ между неврастеніей и психозами. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ, природа этихъ страданій почти что идентична (Morselli), и часто лишь внѣшнія условія жизни играютъ рѣшающую роль въ появленіи того, а не иного страданія.

Изъ психозовъ заслуживаютъ вниманіе острое слабоуміе и меланхолія безъ бреда. Первая болѣзнь является какъ бы простымъ усиленіемъ симптомовъ торпидной церебрастеніи, доходящимъ до временнаго полнаго истощенія и прекращенія функцій психическаго органа. Клиническія отношенія и различія между церебрастеніей и меланхоліей подробно изучили Gugl (Neuropathologische Studien) и Hösslin (Müller's Handbuch). Разграниченіе обѣихъ болѣзней требуетъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, основательнаго и тонкаго клиническаго анализа. Весьма часто случается, что неврастенія и меланхолія, къ большому вреду для больного, смѣши-

ваются. Послѣднее можетъ стать гибельнымъ въ томъ отношеніи, что за меланхоликомъ, мнимымъ неврастеникомъ, не устанавливается должный надзоръ.

Нерѣдко, по наблюденіямъ Krafft-Ebing'a, обѣ болѣзни могутъ существовать совмѣстно. Случиться это можетъ двоякимъ путемъ: либо неврастенія переходитъ въ меланхолію подъ вліяніемъ наличности предрасположенія и связанныхъ съ нимъ истощающихъ и ослабляющихъ моментовъ,—либо вслѣдствіе того, что, также на почвѣ общаго тяжелаго предрасположенія, меланхолія выступаетъ временами въ хронической картинѣ конституціональной неврастеніи особенно часто, какъ меланхолія періодическая. Что переходъ неврастеніи въ меланхолію совершается путемъ простого усиленія симптомовъ первой, и что наслѣдственность является общей подготовительной почвой, какъ для неврастеніи, такъ и меланхоліи, считаютъ также Boissier и Lachaux.

Подъ видомъ меланхоліи могутъ выступить тѣ случаи неврастеніи, при которыхъ, на первомъ планѣ болѣзни, выдѣляются симптомы психическаго угнетенія; однако ихъ отличіе отъ настоящей меланхоліи, при которой угнетеніе возникаетъ первично и самостоятельно безъ опредѣленной объективной почвы, какъ результатъ какихъ-то измѣненій въ мозгу, заключается въ томъ, что угнетеніе неврастениковъ всегда— вторичнаго происхожденія и является мотивированной реакціей на испытываемыя непріятныя физическія ощущенія, на психическую вялость и на тяжелыя, непреодолимыя нозофобическія представленія.

Какъ только первичныя разстройства исчезнутъ, или будутъ устранены врачемъ, такъ тотчасъ - же окончательно исчезаетъ и реактивное психическое угнетеніе.

Во всякомъ случаѣ, самочувствіе неврастеника можетъ быть настолько-же пониженнымъ, какъ и меланхолика; тѣмъ не менѣе это угнетенное настроеніе, психологически, а не

органически вызванное, не полно, и больному доступны пріятныя внѣшнія впечатлѣнія; точно также только неврастеникъ поддается совѣтамъ и убѣжденіямъ врача, касающимся его нозофобическихъ представленій. На основаніи сказаннаго, становится понятнымъ благотворное вліяніе отвлеченія вниманія, а также и развлеченій на неврастеника, въ то время, какъ тѣ-же средства не оказываютъ дѣйствія на меланхолика, угнетенное состояніе духа котораго обусловлено органическими измѣненіями.

Что касается дифференціальной діагностики между неврастеніей и прогрессивнымъ параличемъ, то можно сказать слѣдующее. При прогрессивномъ параличѣ позволительно съ полнымъ правомъ говорить о неврастенической предварительной стадіи (Binswanger). И дѣйствительно, на основаніи цѣлаго ряда наблюденій, можно доказать, что, за долгій срокъ до очевиднаго начала органическаго страданія, имѣются иногда въ наличности характерные признаки неврастеніи. Эти случаи даютъ право допустить, что при нихъ функціональное истощеніе повело, въ концѣ концовъ, къ непоправимому, связанному съ прогрессирующимъ распаданіемъ дѣйствующихъ нервныхъ элементовъ, заболѣванію нервной системы. При этомъ можно обыкновенно констатировать, что имѣлись какіе то вредные моменты, которые сами по себѣ, т. е. безъ всякаго наслѣдственнаго расположенія, или особаго функціональнаго переутомленія, нерѣдко ведутъ къ дегенеративному распаденію нервной ткани. Таковыми вредными моментами могутъ явиться, прежде всего, сифилисъ, хроническое отравленіе алкоголемъ и морфіемъ и травма. Во всякомъ случаѣ, изъ наличности даже ясно выраженныхъ церебральныхъ состояній истощенія съ ихъ субъективными проявленіями, какъ то: давленія въ головѣ, неспособности къ умственному труду, безсонницы и т. п. нельзя еще выводить заключенія, что имѣемъ дѣло съ на-

чинающимся прогрессивнымъ параличемъ. Лишь въ томъ случаѣ, если симптомы выпаденія въ душевной и тѣлесной области, какъ, напримѣръ, умственные дефекты, парезъ лицевого нерва, разстройство рѣчи, отсутствіе зрачковой реакціи и т. д. могутъ быть доказаны, только въ этомъ случаѣ діагнозъ паралича до нѣкоторой степени обезпеченъ. Строго установить подобную точку зрѣнія въ настоящее время весьма важно, такъ какъ не только среди публики, но и среди врачей, страшный призракъ паралича играетъ большую роль, и какъ врачи, такъ и не-врачи склонны, при симптомахъ неврастеніи, подозрѣвать прогрессивный параличъ.

Особенно трудно бываетъ различить оба заболѣванія въ тѣхъ случаяхъ, когда, при имѣющемся въ анамнезѣ сифилисѣ, общія неврастеническія проявленія связаны съ какимъ-либо характернымъ для паралича симптомомъ. Трудность заключается въ томъ, что этотъ симптомъ прогрессивнаго паралича можетъ въ дѣйствительности оказаться лишь послѣдствіемъ перенесенной сифилитической инфекціи.

Binswanger приходитъ къ заключенію, что при отсутствіи симптомовъ выпаденія, свойственныхъ параличу, невозможно бываетъ точно рѣшить вопросъ: имѣемъ-ли мы, въ отдѣльномъ случаѣ, картину неврастеніи, какъ предварительную стадію прогрессивнаго паралича, или же какъ самостоятельное функціональное заболѣваніе центральной нервной системы. Если, при разсмотрѣніи этіологическихъ моментовъ и ихъ теченія болѣзни, одержитъ верхъ предположеніе о возможности начальной стадіи прогрессивнаго паралича, то тѣмъ самымъ налагается на врача обязанность подвергнуть паціента продолжительному и точному наблюденію. Послѣднее тѣмъ болѣе важно, что помѣщеніе въ психіатрическое заведеніе паралитика принесетъ ему лишь пользу, неврастенику-же—скорѣе вредъ.

Говоря о разграниченіи неврастеніи отъ прогрессивнаго паралича, D o n a t h замѣчаетъ, что провести дифференціальную діагностику между обоими страданіями, въ особенности въ начальной ихъ стадіи, весьма трудно, а иногда и прямо таки невозможно. Для паралича нѣтъ необходимости, чтобы въ анамнезѣ больного имѣлся сифилисъ. При неврастеніи, кромѣ другихъ признаковъ, особенно характерными являются: раздражительная слабость, молодой возрастъ, патологическая нервная наслѣдственность, относительно легкія разстройства памяти (амнезія прошедшихъ событій выражена сильнѣе, чѣмъ амнезія именъ собственныхъ, названій улицъ и т. д.), внезапное ухудшеніе, наступающее вслѣдъ за напряженной умственной работой, или сильнымъ огорченіемъ. При прогрессивномъ параличѣ отмѣчаются часто: отсутствіе болѣзненной нервной наслѣдственности, сифилисъ, алкоголизмъ, травматизмъ черепа, глубокія разстройства памяти, перемѣна характера, ослабленіе нравственнаго чувства, недостаточное оріентированіе во времени и пространствѣ. Состояніе страха, отсутствующее при параличѣ, при неврастеніи—часто. H e m i c r a n i'я говоритъ болѣе за параличъ; мигрень и невралгія тройничнаго нерва—за неврастенію. Колѣнные рефлексы при неврастеніи усилены и отсутствуютъ при параличѣ (K r a f t t-E b i n g). Половыя способности у неврастениковъ обычно ослаблены, у паралитиковъ же сохранены. Гидротерапія, приносящая при неврастеніи пользу, можетъ, при параличѣ, оказаться даже вредной.

M o r s e l l i пишетъ, что, при постановкѣ дифференціальнаго діагноза между неврастеніей и прогрессивнымъ параличемъ, необходимо прежде всего обратить вниманіе на то, имѣемъ-ли мы дѣло съ неврастеніей конституціональной, эссенціальной, или съ недавно пріобрѣтенной. Въ первомъ случаѣ предполагать параличъ—мы имѣемъ мало основаній, между тѣмъ какъ во второмъ ихъ гораздо больше. При

этой пріобрѣтенной, случайной неврастеніи, весьма важно отыскать причину ея возникновенія, чтобы установить, представляетъ-ли она собою послѣдствіе самоотравленія, или же инфекціи, въ особенности сифилитической. При острыхъ инфекціяхъ возможно скорѣе допустить неврастенію обычную, а при хроническихъ инфекціяхъ,—въ особенности сифилитической—неврастенію предъ-паралитическую. Тѣмъ не менѣе наблюдается много случаевъ инфекціонной неврастеніи, столь близкихъ къ параличу, какъ по своему происхожденію, симптомамъ, а иногда и результатамъ, что становится невозможнымъ ясно ихъ отграничить, вслѣдствіе чего должно на нихъ смотрѣть какъ на острую, ослабленную начальную стадію хроническаго менинго-энцефалита, имѣющую различное теченіе, въ зависимости отъ степени и продолжительности инфекціи. Въ подобныхъ случаяхъ, неврастенія являлась бы настоящимъ началомъ прогрессивнаго паралича, однако способнаго пріостановиться.

Говоря о неврастеникахъ— сифилитикахъ, Regis пишетъ, что ихъ можно раздѣлить на двѣ категоріи: къ первой изъ нихъ относятся лица, по своему темпераменту, нервныя, у которыхъ сифилисъ лишь усиливаетъ симптомы невропатіи; эти больные схожи съ неврастениками констуціональными и, не обнаруживая ни одного характернаго симптома прогрессивнаго паралича, опасаются лишь появленія послѣдняго. Ко второй категоріи относятся больные, у которыхъ сифилисъ вызвалъ появленіе симптомовъ неврастеніи, однако особой, сопровождающейся новыми симптомами: разстройствами со стороны зрачковъ, со стороны рѣчи, со стороны рефлексовъ и т. п. Съ подобными больными нечего терять время на постановку діагноза, а немедленно принять всѣ мѣры противъ прогрессивнаго паралича, такъ какъ обычно дѣло кончается параличемъ. Такая неврастенія, говоритъ авторъ, не является уже простымъ неврозомъ, но прелюдіей,

первымъ шагомъ, къ параличу, мостомъ, перекинутымъ между сифилисомъ, пораженіемъ органическимъ и конечнымъ менинго-энцефалитомъ. Это состояніе - переходное, не роковое, но критическое, между пораженіями чисто функціональными и органическими.

Изъ многихъ авторовъ, старавшихся возможно точно дифференцировать неврастенію отъ прогрессивнаго паралича, укажу еще на Kraepelin'a и Weygandt'a. Первый изъ нихъ вообще старается, какъ можно болѣе точно, разграничить неврастенію отъ близкихъ къ ней страданій. Weygandt пишетъ, что приходится всякій разъ думать о параличѣ, когда человѣкъ среднихъ лѣтъ страдаетъ проявленіями неврастеніи, и нѣтъ основаній объяснить ихъ появленіе переутомленіемъ или наслѣдственнымъ расположеніемъ. Неврастеники, говоритъ авторъ, испытываютъ давящую, тупую и постоянную боль головы, главнымъ образомъ въ области лба; напротивъ того, головная боль паралитиковъ проявляется обычнѣе подъ видомъ частыхъ приступовъ. Гемипарезъ лица, неравномѣрность зрачковъ, гипоалгезія, болѣе или менѣе генерализованная, все это — начальные признаки, говорящіе, подобно ослабленію памяти послѣднихъ событій, за прогрессивный параличъ. Такое же значеніе имѣетъ и лимфацитозъ цереброспинальной жидкости.

Подобно тому, какъ церебрастенія можетъ быть смѣшиваема съ прогрессивнымъ параличемъ, точно также легко смѣшать ее съ явленіями опухоли мозга, пока эта послѣдняя не обнаружится рядомъ очаговыхъ симптомовъ. Чаще однако случается, что начальныя проявленія мозговой опухоли принимаются за симптомы неврастеніи. Поэтому весьма полезно, изслѣдовать глазное дно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда симптомы, указывающіе на болѣзнь центральной нервной системы, не вполнѣ совпадаютъ съ обыкновенной картиной неврастеніи и, сверхъ того, отсутствуютъ этіологиче-

скіе моменты, характерные для послѣдней. Подозрѣніе на существованіе опухоли мозга вызывается часто давленіемъ въ головѣ, испытываемымъ неврастениками, такъ какъ оно отличается большимъ упорствомъ, строго локализированно и можетъ быть сопряжено съ чувствительностью черепа къ перкуссіи.

При ближайшемъ изслѣдованіи однако, можно доказать, что имѣемъ дѣло не съ болью, въ собственномъ смыслѣ слова, а съ давленіемъ. Сопровождается это состояніе весьма рѣдко тошнотой или рвотами. Чужды также картинѣ неврастеніи продолжительные очаговые симптомы выпаденія и симптомы эпилепсіи.

Психическія разстройства не служатъ, при опухоляхъ мозга, такимъ раннимъ, рѣзко выраженнымъ и доминирующимъ симптомомъ, какъ при церебрастеніи. Они отличаются отъ таковыхъ неврастеника тѣмъ, что ограничиваются вначалѣ плаксивымъ, раздражительнымъ, безпричиннымъ, удрученнымъ настроеніемъ, въ то время какъ настроеніе неврастеника мотивировано, являясь всегда реакціей на нозофобическія идеи.

Фобіи и навязчивыя представленія указываютъ всегда на чисто-невротическій характеръ болѣзни.

Осложненіе церебрастеніи мозговой опухолью, хотя и возможно, но весьма рѣдко.

2. Спинно-мозговая неврастенія или міэластенія.

Раздражительная слабость, въ области спинно-мозговыхъ нервовъ, проявляется въ крайне-легкомъ реагированіи ихъ на всевозможныя раздраженія. При этомъ въ области чувствительной, дѣло доходитъ до болей, въ двигательной—до явленій клонуса, чему не мало способствуетъ повышеніе рефлекторной возбудимости, а въ сосудодвигательной—до спазма сосудовъ.

Главнымъ же образомъ проявляется раздражительная слабость спинно-мозговыхъ нервовъ въ необычайно быстрой истощаемости ихъ двигательной функціи.

Этой областной неврастеніей можетъ, вслѣдствіе особаго расположенія или вслѣдствіе вредностей, дѣйствующихъ спеціально на спинной мозгъ, временно ограничиться вся картина болѣзни; чаще однако міэластенія связана съ церебрастеніей и неврастеніей половой, рѣже съ желудочной или сердечной.

Къ важнѣйшимъ причинамъ, непосредственно вліяющимъ на спинной мозгъ, относятся: тѣлесныя переутомленія, половыя излишества, въ особенности же мастурбація; у женщинъ, сверхъ того, нѣкоторыя заболѣванія половыхъ органовъ и coitus reservatus.

Болѣе отдаленные, но все-же, какъ видно изъ опыта, не столь рѣдкіе этіологическіе моменты, бываютъ: душевныя волненія и тяжелыя истощающія болѣзни.

Больные, страдающіе міэластеніей, жалуются на вялость, усталость, чувство разбитости, даже на мускульныя боли и тугоподвижность; все это они испытываютъ еще до проявленія своей мускульной энергіи, а въ классическихъ случаяхъ—уже при вставаніи съ кровати. Состояніе это могло бы быть признано, до нѣкоторой степени, физіологическимъ въ томъ случаѣ, если бы ему предшествовали физическія напряженія.

Работоспособность спинного мозга, по временамъ, бываетъ очень ограничена. Уже послѣ непродолжительнаго стоянія или хожденія, больные чувствуютъ себя уставшими до невозможности держаться на ногахъ. Стоитъ же имъ хотя немного напрячься сверхъ своихъ слабыхъ силъ, какъ усталость ихъ достигаетъ такой степени, что они временно становятся неспособными пользоваться, въ какой бы то ни было мѣрѣ, своими конечностями. Въ то время, какъ пере-

утомленные мускулы человѣка здороваго нуждаются не болѣе нѣсколькихъ часовъ отдыха для возстановленія своихъ силъ, а работоспособность его никогда не падаетъ до нуля,—мускулы міэластеника требуютъ отдыха нѣсколькихъ дней, при чемъ, уже послѣ минутной работы, становятся снова неспособными къ труду.

Многое, при этой мнимой astasia и abasia neurasthenica, зависитъ, повидимому, отъ самовнушенія, т. е. онѣ—психическаго происхожденія. Потерпѣвъ цѣлый рядъ неудачъ при относительномъ стараніи побороть свою слабость, неврастеникъ теряетъ энергію къ дальнѣйшимъ попыткамъ. Этимъ путемъ возможно объяснить то обстоятельство, что въ первый моментъ, напр., при сопротивительномъ движеніи, больной еще можетъ сознательно проявить значительную мускульную силу, но затѣмъ она тотчасъ-же падаетъ до минимума; между тѣмъ какъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, при отвлеченіи вниманія больного, внезапно вызванная (въ особенности при аффектахъ) мышечная энергія можетъ оказаться вполнѣ удовлетворительной. Много способствуетъ мышечной слабости и то, что мышечное напряженіе тотчасъ вызываетъ появленіе паралгіи. Во всякомъ случаѣ, нельзя считать, чтобы мышечная слабость была чисто психическаго происхожденія, такъ какъ нерѣдко имѣющаяся на лицо повышенная механическая и электрическая возбудимость нервовъ, а также весьма быстрая ихъ парализуемость,—когда они бываютъ подвержены даже непродолжительному легкому давленію,—указываютъ на то, что и въ периферическомъ нервномъ аппаратѣ могутъ существовать какія-то тонкія измѣненія.

Міэластенія можетъ захватить весь спинной мозгъ, или только какую-нибудь часть, напримѣръ, поясничную, или шейную. Въ области нижнихъ конечностей, она проявляется всего сильнѣе и упорнѣе. Въ рѣдкихъ случаяхъ, она огра-

ничивается верхними конечностями. Подобную локализацію находятъ иногда у женщинъ, которыя шитьемъ и, вообще, рукодѣліемъ, а иногда и игрой на фортепіано истощаютъ шейный отдѣлъ спинного мозга и щадятъ нижнія конечности.

Обыкновенно глубокіе рефлексы бываютъ повышены. Нерѣдко даже можно встрѣтить клонусъ стопы и колѣнной чашки. Особенно тягостно для такихъ паціентовъ поддергиваніе ногъ.

Для возникновенія упомянутыхъ поддергиваній бываетъ достаточнымъ ослабленіе тормозящаго вліянія головного мозга на спинной, въ моментъ засыпанія, вслѣдствіе чего можетъ существенно страдать сонъ.

На-ряду съ подобными двигательными разстройствами, имѣются почти всегда на лицо и разстройства чувствительныя. Обычнымъ проявленіемъ ихъ служатъ парестезіи, въ видѣ чувства „ползанія мурашекъ", и чувства онѣмѣнія конечностей, сопряженныя по большей части съ поблѣднѣніемъ ихъ. Въ послѣднемъ случаѣ, парестезіи эти могутъ быть объяснены затрудненіемъ кровообращенія, вызваннымъ мѣстнымъ спазмомъ сосудовъ.

Часто дѣло доходитъ до паралгій и даже до невралгій. Онѣ могутъ быть настолько сильны, что составляютъ главный предметъ жалобъ больного. Въ такомъ случаѣ можно говорить о невралгической формѣ міэластеніи.

(Особое вниманіе на невралгическо—паралгическія ощущенія было обращено д-ромъ Melotti, вскорѣ послѣ появленія въ свѣтъ работы Beard'a).

Болѣзненныя ощущенія эти представляютъ собою отчасти myosalgi'и, въ особенности въ области m. m. pectorales, quadrat. lumborum и мышцъ сѣдалищныхъ. Соотвѣтствующія мѣста обнаруживаютъ крайнюю чувствительность къ давленію и электризаціи. Въ отличіе отъ myosalgi'й исте-

рическихъ, онѣ локализируются не у мѣста прикрѣпленія мышцъ, а на ихъ продолженіи. Въ противоположность локализированнымъ табетическимъ болямъ, молніеноснымъ и сверлящимъ,—характернымъ для описываемыхъ myosalgi'й является: ихъ постоянный характеръ, упорная локализація въ опредѣленныхъ мѣстахъ, обостреніе при надавливаніи, независимость отъ перемѣнъ погоды, зависимость отъ мышечныхъ движеній и отъ волненій и рѣдкость двухсторонняго появленія.

Наряду съ подобными myosalgi'ями существуютъ нерѣдко и такія боли, которыя имѣютъ сходство со стрѣляющими болями табетиковъ, однако онѣ локализируются въ опредѣленныхъ нервныхъ путяхъ, которые всегда оказываются болѣзненными при надавливаніи.

Однимъ изъ важнѣйшихъ симптомовъ міэластеніи служитъ такъ называемое спинно-мозговое раздраженіе (irritatio spinalis). Симптомъ этотъ отсутствуетъ вообще весьма рѣдко, у женщинъ же быть-можетъ является постояннымъ. Выдѣляясь рѣзко въ картинѣ болѣзни, спинно-мозговое раздраженіе можетъ отодвинуть на задній планъ всѣ остальные симптомы. Послѣднимъ обстоятельствомъ можно, по всей вѣроятности, объяснить взглядъ ранѣе существовавшій, согласно которому irritatio spinalis принималось за особое заболѣваніе. Оживленный споръ по этому вопросу былъ вызванъ между прочимъ докладомъ Liebmann'а, сдѣланнымъ имъ въ 1884 году (Prince, Weber, Putnam, Walton и др.).

Развитіе нашихъ знаній относительно неврастеническихъ болѣзненныхъ состояній, съ безспорной очевидностью, доказало всю безцѣльность выдѣленія спинно-мозгового раздраженія въ особый видъ болѣзни. Нынѣ едва-ли подлежитъ сомнѣнію (Binswanger), что спинальные симптомы неврастеніи служатъ лишь частичнымъ проявленіемъ этого общаго

диффузнаго невроза, и что во всѣхъ случаяхъ, при внимательномъ изслѣдованіи больныхъ, на ряду съ этими выдающимися болѣзненными признаками, обнаруживаются еще и другіе характерные признаки неврастеніи.

Спинно-мозговое раздраженіе бываетъ длительнымъ, а иногда и кратковременнымъ, какъ слѣдствіе обостренія болѣзни. Ощущается оно, по заявленію больныхъ, въ спинѣ, то въ видѣ жгучей боли, болѣзненнаго давленія, болѣзненнаго тягостнаго безпокойства, то въ видѣ паралгическаго давленія, доходящаго до сильнѣйшихъ колющихъ, стрѣляющихъ, сверлящихъ болевыхъ ощущеній, какъ бы „зубной боли въ спинѣ“. На высотѣ развитія симптомовъ, спинальная гиперестезія можетъ быть столь значительной, что легкій сквозной вѣтеръ, или захлопываніе двери, испытывается въ видѣ боли, проходящей черезъ весь позвоночникъ и доходящей до концовъ пальцевъ. Впрочемъ, чтобы вызвать эту боль, достаточно легкое волненіе, незначительное напряженіе, неудобная спинка кресла, ѣзда въ тряскомъ экипажѣ и т. п. Всегда ухудшается состояніе также съ появленіемъ мѣсячныхъ. Часто, при спинно-мозговомъ раздраженіи, дѣло доходитъ до иррадіаціи болей на периферическіе нервные стволы, такъ: при шейной локализаціи раздраженія—въ шейно-плечевое сплетеніе, при поясничной—въ пояснично-крестцовое сплетеніе. Въ послѣднемъ случаѣ, нерѣдко рефлекторнымъ путемъ наступаетъ спазмъ мочевого пузыря. Спинно-мозговое раздраженіе можетъ распространиться до копчиковыхъ нервовъ и вызвать явленія coccygodyni'и.

Особенно часто встрѣчается эта coccygodyni'я (кобчиковая боль), по описанію Beard'a, у женщинъ: онъ, какъ американскій врачъ, утверждаетъ, что если бы тщательно изслѣдовать спины у дамъ пятаго квартала въ Нью—Іоркѣ, то почти у каждой можно было бы найти рахіалгію.

При иррадіаціи болей на вазомоторные, секреторные

желудочные и сердечные нервы, можетъ, во время припадка спинно-мозгового раздраженія, легко наступить поперемѣнное мѣстное поблѣднѣніе и покраснѣніе, обильное выдѣленіе пота, рвоты, сердцебіеніе, чувство страха и стѣсненія въ груди.

Часто жалуются больные на тягостное чувство дрожанія въ конечностяхъ. Регулярно отмѣчаются также сосудодвигательныя разстройства въ видѣ колебаній въ состояніи кровонаполненія кожныхъ сосудовъ, съ зависящими отъ этого ощущеніями жара и холода, доходящаго до потрясающаго озноба.

Теченіе міэластеніи весьма измѣнчиво и зависитъ, въ значительной мѣрѣ, отъ внѣшнихъ условій. Продолжительность ея можетъ быть отъ нѣсколькихъ недѣль до нѣсколькихъ мѣсяцевъ. У немногихъ другихъ видовъ неврастеніи, рецедивы составляютъ столь обычное явленіе, какъ при міэластеніи.

Мѣшаютъ выздоровленію, вызывая обостреніе, у женщинъ—менструальныя явленія, у мужчинъ—поллюціи, а у обоихъ половъ—онанизмъ.

Прогнозъ можетъ, въ общемъ, считаться благопріятнымъ, если только своевременно были устранены вредные моменты и ведется правильный образъ жизни. Ни въ одномъ случаѣ Krafft-Ebing не наблюдалъ перехода міэластеніи въ органическое заболѣваніе спинного мозга. Правда, Arndt полагаетъ, что неврастенія представляетъ собою начальную стадію органическихъ заболѣваній нервной системы, но Möbius считаетъ, что подобный ошибочный взглядъ крайне опасенъ и могъ бы повести къ весьма плачевнымъ послѣдствіямъ. Въ противоположность мнѣнію Arndt'a, Möbius заявляетъ, что никоимъ образомъ неврастенія не можетъ послужить началомъ для развитія спинной сухотки.

Тѣмъ не менѣе, большинство больныхъ опасается за переходъ ихъ страданія въ органическую болѣзнь. Объясняется это тѣмъ, что ихъ двигательная слабость и частыя боли разстраиваютъ самочувствіе неврастениковъ и укореняютъ въ нихъ мысль о возможности болѣе серьезнаго заболѣванія. Особенно страшатся міэластеники возможности развитія спинной сухотки.

Подобный тяжелый діагнозъ ставится, чаще всего, тѣми міэластениками, у которыхъ болѣзнь развилась на почвѣ мастурбаціи. Послѣднее обстоятельство Krafft-Ebing объясняетъ тѣмъ, что до послѣдняго времени еще въ словаряхъ и популярныхъ брошюрахъ повторяется устарѣвшій Гиппократовскій предразсудокъ о возможности появленія спинной сухотки, какъ слѣдствія злоупотребленія половыми органами.

Весьма часто, замѣчаетъ Blocq, табетическіе признаки развиваются у тѣхъ невропатовъ, которые видѣли настоящую спинную сухотку у кого-нибудь изъ своихъ родственниковъ или друзей. Въ такихъ случаяхъ, дѣйствуетъ, очевидно, самовнушеніе. Колѣнные рефлексы у этихъ лицъ остаются сохраненными.

Очень трудно бываетъ разубѣдить больного въ ошибочности его нозофобическихъ идей. Между тѣмъ, удачное разубѣжденіе равносильно иногда спасенію жизни, такъ какъ большинство подобныхъ больныхъ часто подумываютъ о самоубійствѣ.

Вопросъ о *дифференціальной діагностикѣ*, между міэластеніей и спинной сухоткой, разбирался еще Eisenlhor'омъ и Reinhard'омъ, затѣмъ Ausset, Löwenfeld'омъ и др.

Въ общемъ, можно сказать, что едва-ли встрѣчаются затрудненія при распознаваніи неврастеніи отъ tabes'a.

Уже видъ, съ которымъ больной является къ врачу, весьма знаменателенъ. Krafft-Ebing говоритъ, что онъ

никогда не видѣлъ табетиковъ, которые бы сильно смутились поразившимъ ихъ страданіемъ. Либо табетики остаются, до извѣстной степени, равнодушными къ своимъ болямъ и начинающимся разстройствамъ походки и зрѣнія, считая все это „ревматическаго“ происхожденія, либо сознательно переносятъ свою судьбу съ полной покорностью.

Напротивъ того, неврастеникъ, псевдо-табетикъ, волнуется въ невѣроятной степени и отъ страха бываетъ близокъ къ помѣшательству.

Начинать подчасъ очень трудное разубѣжденіе слѣдуетъ съ того, что заранѣе заявляешь больному, что у него колѣнный рефлексъ окажется не только не пониженнымъ, а повышеннымъ, и что зрачекъ его будетъ вполнѣ правильно реагировать. Затѣмъ, все сказанное необходимо тутъ-же на немъ провѣрить. Само собой важно—произвести возможно полный и тщательный, не жалѣя времени, осмотръ больного, такъ какъ только подобное изслѣдованіе можетъ успокоить неврастеника.

Изъ stigmata tabeos, собственно ни одинъ не свойственъ міэластенику. Во всякомъ случаѣ, надобно знать, что легкое покачиваніе, при закрытыхъ глазахъ, можетъ наблюдаться и у неврастеника, что его боли могутъ быть весьма сходны со стрѣляющими болями табетиковъ, и важно также—принять во вниманіе, что больной знаетъ наизусть всѣ симптомы сухотки, и внушилъ себѣ тотъ или иной изъ нихъ. Ввиду всего этого, собираніе анамнеза рекомендуется производить съ особой осторожностью.

Не слѣдуетъ забывать, что оба заболѣванія не исключаютъ взаимно другъ друга и что они иногда единовременно существуютъ, у одного и того-же больного.

Полезнымъ можетъ быть еще указаніе на мнѣніе Löwenfeld'a, согласно которому возможны иногда смѣшенія міэластеніи съ легкимъ множественнымъ невритомъ, въ

особенности, если послѣдній алкогольнаго происхожденія. Въ подобныхъ случаяхъ, понижение глубокихъ рефлексовъ, уклоненіе отъ нормальной электрической реакціи и чувствительность къ давленію нервовъ и мускуловъ,—преимущественно у дистальныхъ концевъ конечностей,—должно вызвать подозрѣніе на невритъ.

3) Желудочно-кишечная неврастенія.

Желудочно-кишечная неврастенія, представляющая собой по мнѣнію Ewald'a, симптомъ, зависящій отъ разстроенной функціи центральной нервной системы, можетъ служить начальной картиной неврастеніи, являясь временнымъ, а иногда и болѣе продолжительнымъ выраженіемъ раздражительной слабости нервной системы. Чаще однако она присоединяется къ другимъ видамъ нашего невроза, въ особенности, къ половой неврастеніи женщинъ. Впрочемъ ее часто можно наблюдать и у мужчинъ, страдающихъ этой-же формой неврастеніи.

Обыкновенно она приводитъ къ развитію церебральной астеніи и, въ такихъ случаяхъ, на первый планъ болѣзни выступаютъ явленія психическаго угнетенія. Иногда желудочно-кишечная неврастенія развивается на почвѣ катарра желудка, вызваннаго погрѣшностью въ діэтѣ, и можетъ тогда представить вначалѣ, большія затрудненія при отличіи ея отъ хроническаго катарра. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ, и очевидно, при всѣхъ случаяхъ ея психическаго происхожденія, діагнозъ „катарръ желудка“ бываетъ ошибочнымъ, такъ какъ уже съ самаго начала имѣлось дѣло съ диспепсіей, т. е., съ секреторнымъ разстройствомъ функціи желудка, вызваннымъ душевными волненіями во время пищеваренія.

Также и въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи, желудочная неврастенія можетъ представить трудности для постановки дифференціальнаго діагноза между нею и катарромъ желудка, такъ какъ безъ сомнѣнія, при тяжелыхъ случаяхъ, имѣющееся на лицо замедленіе процессовъ пищеваренія и, слѣдовательно, возможность процессовъ разложенія и, вообще, погрѣшности въ діэтѣ могутъ временно дать условія, способствующія развитію катарра желудка.

Для діагноза важнѣйшимъ условіемъ является выясненіе причинъ заболѣванія.

Если не удается доказать механическія, термическія или химическія причины катарра желудка, между тѣмъ какъ имѣется наличность причинъ психическихъ, какъ то: душевныя волненія и непомѣрно сильныя умственныя напряженія, то этимъ самымъ оправдывается въ значительной мѣрѣ допущеніе лишь нервнаго заболѣванія.

Указанные психическіе вредные моменты могутъ очень часто служить случайными причинами при возникновеніи желудочной неврастеніи.

Обычными представителями желудочной неврастеніи являются коммерческіе, политическіе, всякаго рода увлекающіеся дѣятели, которые торопливо и въ волненіи набрасываются на пищу, читаютъ депеши и дѣловыя письма во время самой ѣды, провѣряютъ счеты, заканчиваютъ переписку, полагая, что время—деньги.

Подобный американскій способъ использованія времени, на счетъ здоровья, встрѣчается нынѣ и въ Европѣ во всѣхъ областяхъ промышленной, артистической и литературной жизни.

Особенно вредно вліяетъ умственная работа, непосредственно послѣ ѣды, а въ особенности послѣ ужина—т. е. въ часы, которые предназначены для отдыха.

Становится, такимъ образомъ, понятнымъ тотъ фактъ,

что столь часто ставившіеся раньше діагнозы „хроническаго желудочнаго катарра“ нынѣ бываютъ значительно рѣже, а также, что въ 80% (Krafft-Ebing) случаевъ жалобъ на разстройство пищеваренія, обнаруживается нервная, а не катарральная основа.

Клиническая картина желудочной неврастеніи весьма разнообразна.

Возможно различать легкіе случаи, которые едва-ли идутъ дальше картины диспепсіи, описанной Leube,—случаи средніе, при которыхъ возможно ясно доказать наличность разстройствъ химизма и двигательной функціи, безъ того однако, чтобы общее питаніе оказывалось рѣзко подорваннымъ; и наконецъ, случаи тяжелые, которые ведутъ къ маразму, въ короткое время окончательно истощаютъ больного (Fabro) и даютъ картину весьма схожую съ таковой при хроническомъ заболѣваніи желудка. Въ общемъ однако можно сказать, что, при нервномъ заболѣваніи желудка, дѣло не доходитъ до расширенія его, что разстройство химизма, главнымъ образомъ, бываетъ количественнаго, но не качественнаго характера, и что, при встрѣчающихся здѣсь состояніяхъ ослабленія и истощенія, не столько причиною служатъ недостатки ассимиляціи, сколько ограниченіе количества принимаемой пищи, на которое больной себя добровольно обрекаетъ.

Средніе случаи желудочной неврастеніи даютъ незамѣтные переходы къ диспепсіи Leube, въ томъ смыслѣ, что симптомы обнаруживаются, главнымъ образомъ, во время процесса перевариванія и имъ обусловливаются, при чемъ однако непомѣрно сильно выражены, очень долго продолжаются и иногда могутъ встрѣчаться, несмотря на то, что, какъ доказывается зондомъ, желудокъ уже пустъ.

Изъ симптомовъ, переступающихъ границы картины Leub'овской диспепсіи, необходимо прежде всего указать

со стороны желудка на его сильное вздутіе, непріятныя гастралгическія явленія, на повышенную кислотность, доходящую до вызыванія припадковъ gastroxynsis, на постоянную кислую отрыжку, тошноту и даже рвоту; сюда-же относятся: разстройство сна, плохое настроеніе и легкая душевная возбудимость, чувство стягиванія и давленія въ области желудка несмотря на то, что онъ пустъ, горькій вкусъ во рту при утреннемъ пробужденіи, слюнотеченіе, изжога и anorexia, смѣняющаяся иногда bulimi'ей.

Изъ симптомовъ со стороны кишечника, нужно указать на запоры, смѣняющіеся поносами, вздутость кишечника и временный тенезмъ.

Многіе подобные больные сильно худѣютъ, но не потому, чтобы химизмъ или способность ассимиляціи были разстроены, а вслѣдствіе особой осторожности при выборѣ качества и количества пищи. При правильномъ, врачемъ установленномъ, питаніи, больные обыкновенно скоро снова достигаютъ прежней полноты.

Тяжелые случаи желудочной неврастеніи отличаются отъ выше приведенныхъ, прежде всего, разстроеннымъ химизмомъ желудочнаго пищеваренія вслѣдствіе слишкомъ продолжительнаго пребыванія пищевыхъ веществъ въ желудкѣ. Послѣднее обстоятельство является, очевидно, результатомъ судорожнаго сокращенія привратника, которое, по всей вѣроятности, въ свою очередь зависитъ отъ раздражающаго вліянія повышенной кислотности. Вслѣдствіе непомѣрно долгаго пребыванія пищевыхъ веществъ въ желудкѣ, создается почва для развитія ненормальныхъ процессовъ разложенія, и вообще возникаютъ условія, отчасти аналогичныя тѣмъ, которыя наблюдаются при органическомъ суженіи привратника.

Въ всякомъ случаѣ, эти процессы разложенія въ желудкѣ и зависящее отъ нихъ усиленное образованіе органическихъ

кислотъ, точно также какъ и разложеніе бѣлковыхъ тѣлъ, совершается въ незначительной степени по сравненію съ подобными-же процессами при органическомъ заболѣваніи. Этимъ, по всей вѣроятности, объясняется то обстоятельство, что при неврастеніи не наблюдаются тяжелыя токсическія вліянія этихъ веществъ на нервную систему, и что пептонизація и всасываніе могутъ оказаться лишь весьма мало затронутыми. На основаніи сказаннаго, понятно, что вопросъ о питаніи не играетъ здѣсь той значительной роли и не нуждается въ такомъ подробномъ разборѣ, какъ это должно имѣть мѣсто при органическомъ стенозѣ, въ частности, при расширеніи желудка Тѣмъ не менѣе полезнымъ оказывается ограниченіе крахмалистыхъ и жирныхъ веществъ.

До расширенія желудка, при этомъ, дѣло не доходитъ, однако можетъ наступить значительная атонія и ясный шумъ плеска.

Появленіе рвотъ возможно здѣсь во всякое время. Особенно странны тѣ случаи, при которыхъ желудокъ выбрасываетъ лишь то, что для него оказывается вреднымъ, т. е., что было введено насильно, въ то время, какъ другія вещества удерживаются имъ и перевариваются.

Обычнымъ явленіемъ служитъ anorexia, которая однако не бываетъ столь упорной и общей, какъ при органическомъ заболѣваніи. Временно она смѣняется булиміей. Нерѣдко она проявляется лишь по отношенію къ извѣстнымъ опредѣленнымъ пищевымъ веществамъ.

Общей чертой больныхъ служитъ ихъ отвращеніе къ большимъ количествамъ жидкости, что понятно, если имѣть въ виду существующую атонію желудка.

Относительно количества соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ, имѣются противорѣчивыя данныя. По наблюденіямъ Krafft-Ebing'a, избытокъ соляной кислоты слу-

житъ явленіемъ обычнымъ, уменьшеніе ея—явленіемъ исключительнымъ.

При обостреніи тяжелыхъ формъ желудочной неврастеніи, нерѣдко можно отмѣтить сопутствующія разстройства со стороны сердца. Заключаются они въ замедленіи сердечной дѣятельности и иногда въ аритміи. Послѣдняя аномалія наблюдалась Krafft-Ebing'омъ лишь при одновременномъ злоупотребленіи табакомъ и исчезала вмѣстѣ съ уменьшеніемъ куренія. При брадикардіи частота пульса можетъ дойти до 40 ударовъ въ минуту. Болѣе серьезныя разстройства сердечной дѣятельности, одновременно съ этими симптомами, зависящими отъ раздраженія сердечныхъ вѣтвей блуждающаго нерва со стороны его желудочныхъ вѣтокъ, не замѣчаются. При рѣзко пониженномъ питаніи и вялыхъ брюшныхъ стѣнкахъ (въ особенности у многорожавшихъ и носящихъ корсеты женщинъ) можетъ съ исчезновеніемъ жира и тонуса тканей получиться разслабленіе связокъ, усиленная подвижность органовъ брюшной полости, и даже опущеніе ихъ (enteroptosis abdominalis—Glénard), что потребуетъ ношенія соотвѣтствующаго пояса.

Особенно важнымъ для правильной терапіи желудочной неврастеніи является точное разграниченіе ея отъ катарра желудка, такъ какъ леченіе этихъ обѣихъ, столь схожихъ между собою, болѣзней, должно быть совершенно различнымъ и, средства приносящія пользу одной изъ этихъ болѣзней, другой приносятъ большой вредъ.

Оказывается это, прежде всего, справедливымъ при леченіи щелочными минеральными водами. Причиняя вредъ при неврастеніи, воды эти могутъ привести къ весьма хорошимъ результатамъ при органическихъ заболѣваніяхъ желудка.

Относительно рѣшающаго *дифференціальнаго діагноза* можно сказать, что возникновеніе случая и группировка симптомовъ—иныя при желудочной неврастеніи, чѣмъ при хро-

ническомъ катаррѣ желудка. При первой, какъ при ея возникновенiи, такъ и теченiи обнаруживается влiянiе психическихъ моментовъ, при катаррѣ желудка— влiянiе химическихъ и механическихъ моментовъ.

При катаррѣ отсутствуетъ непостоянство явленiй, и не наблюдается та зависимость отъ психическихъ влiянiй, которая обычно встрѣчается при нервныхъ состоянiяхъ. Неврастеникъ, предавшiйся въ одиночествѣ своимъ нозофобическимъ мыслямъ, можетъ, скушавъ легкое удобоваримое блюдо, почувствовать себя весьма плохо, между тѣмъ, какъ тотъ-же больной, въ веселомъ обществѣ, съѣдаетъ большiя количества, сравнительно, тяжелой пищи и не чувствуетъ никакихъ непрiятныхъ послѣдствiй. Прiятное извѣстiе настраиваетъ его пищеваренiе,—плохое, въ рѣзкой формѣ, разстраиваетъ.

На больного, страдающаго катарромъ желудка, психическiе моменты не оказываютъ влiянiя. У него все зависитъ отъ первичнаго и органически обусловленнаго разстройства въ химизмѣ и двигательной способности желудка.

Слѣдуетъ еще указать на иногда едва нарушенное общее питанiе и удовлетворительное кровообразованiе диспептика, на незначительную обложенность языка и то—лишь при пустомъ желудкѣ,—на отсутствiе настоящаго foetor ex ore, на отсутствiе разложенiя желудочнаго содержимаго съ его послѣдствiями, и на невозможность доказать наличность органическихъ измѣненiй въ желудкѣ;—за то возможно доказать наличность цѣлаго ряда симптомовъ неврастенiи, непостоянство анорексiи, смѣняющейся булимiей, и описанные Burkhart'омъ, хотя и встрѣчающiяся далеко не во всѣхъ случаяхъ, болѣзненныя точки, т. е., боль при надавливанiи, ниже пупка, въ направленiи къ четвертому и пятому поясничному позвонку. Надавливанiе сопровождается иррадiацiей боли кверху въ сторону желудка и груди.

Въ заключеніе укажу на работу Robin'a, въ которой авторъ пишетъ, что весьма трудно дифференцировать въ клиническомъ отношеніи неврастенію гастрическаго происхожденія отъ неврастеніи истинной, первичной, которая сопровождается вторичными желудочными разстройствами, и при которой желудокъ и кишечникъ лишь соучаствуютъ въ общей астеніи всѣхъ органовъ и всѣхъ функцій. По мнѣнію автора, леченіе и его вліяніе служатъ самымъ существеннымъ средствомъ для діагноза.

4. Неврастенія сердечная или сосудодвигательная.

Близкія отношенія, въ которыхъ сердечные и сосудистые нервы находятся къ другимъ нервнымъ областямъ, и зависимость ихъ дѣятельности отъ черепныхъ, собственно психическихъ процессовъ, дѣлаютъ вполнѣ понятнымъ, что разстройства сердечной функціи у неврастениковъ—явленіе обычное. Lehr (Krafft-Ebing), описаніе „нервной сердечной слабости“ котораго представляетъ замѣчательную монографію, нашелъ ее у 103 изъ 165 неврастениковъ. Эта сердечная неврастенія можетъ наблюдаться, какъ болѣе или менѣе самостоятельное изолированное проявленіе невроза, или же какъ осложненіе, или временное состояніе при другихъ картинахъ неврастеніи. Особенно часто это бываетъ при тяжелыхъ состояніяхъ желудочной неврастеніи, связанной съ диспепсіей, атоніей и повышенной кислотностью, при которой дѣйствіе на сердечные нервы можетъ исходить отъ раздраженныхъ желудочныхъ вѣтвей блуждающаго нерва и зависѣть отъ вліянія центровъ, какъ слѣдствіе самоотравленія, происходящаго отъ разстройствъ химизма пищеваренія. Точно также и при половой неврастеніи соучастіе ненормальной сердечной дѣятельности не составляетъ рѣдкости; то-же наблюдается и при состояніи раздраженія,

вызванномъ злоупотребленіемъ половыми органами и мѣстнымъ ихъ заболѣваніемъ.

Первично и самостоятельно сердечная астенія можетъ быть обусловлена вліяніемъ нѣкоторыхъ сердечныхъ ядовъ (табака, алкоголя, кофея, чая), несоотвѣтственнымъ образомъ жизни (умственнымъ переутомленіемъ, недостаточнымъ сномъ и пр.) и появленіемъ климактерическаго періода (Rosenbach). Въ такомъ случаѣ, какое-нибудь нравственное потрясеніе, въ особенности испугъ, можетъ явиться послѣднимъ звеномъ въ рядѣ причинъ.

Krafft-Ebing наблюдалъ внезапное появленіе страданія у лицъ, нервно предрасположенныхъ, вслѣдъ за горячими ваннами въ 30 и больше градусовъ.

Рѣже появляется сердечная неврастенія у людей старше 40 лѣтъ.

Проявляется она въ припадкахъ и въ рядѣ симптомовъ, наблюдающихся въ промежуткахъ между припадками.

Lehr'у принадлежитъ заслуга обнаруженія у подобныхъ больныхъ,—путемъ точныхъ сфигмографическихъ и манометрическихъ изслѣдованій,— продолжительныхъ измѣненій въ иннерваціи артерій и въ состояніи кровяного давленія. Онъ различаетъ двѣ формы,—или правильнѣе,—двѣ стадіи сердечной астеніи.

Въ первой или экcцитомоторной стадіи, больной не обнаруживаетъ никакихъ особыхъ разстройствъ со стороны сердца, при чемъ пульсъ обычно не бываетъ чаще 84 ударовъ въ минуту, высокаго напряженія и значительнаго кровенаполненія.

При наступленіи появленій припадка, кровяное давленіе, какъ показываетъ металлическій сфигмоманометръ Basch'а, временно сильно повышается, и сфигмографъ рисуетъ очень высокія пульсовыя кривыя съ крутой восходящей и рѣзкой нисходящей частями.

Объясняетъ эти явленія Lehr периферическимъ или центральнымъ путемъ обусловленнымъ рефлекторымъ раздраженіемъ (черезъ симпатическую нервную систему) нервовъ, ускоряющихъ сердечную дѣятельность. Основаніемъ этому служитъ повышенная рефлекторная возбудимость и недостаточная дѣятельность тормозящихъ центровъ въ продолговатомъ мозгу.

Одновременное раздраженіе сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу вызываетъ суженіе сосудовъ и, какъ слѣдствіе, повышеніе кровяного давленія. Если дѣло доходитъ до припадковъ, то кромѣ полнаго напряженнаго и учащеннаго—до 100 ударовъ въ минуту—пульса и умѣренныхъ признаковъ повышенной сердечной дѣятельности, обнаруживаются еще субъективныя явленія, какъ-то: чувство усиленнаго біенія сердца, страхъ, безпокойство, волненіе и непріятное ощущеніе пульсаціи артерій. Продолжительность подобныхъ припадковъ бываетъ отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ. Вслѣдъ за припадками остается чувство вялости и слабости.

При второй (депрессорной) формѣ, т. е., въ стадіи утомленія сердца, сердце безпокоитъ больного и въ промежуткахъ между припадками, и въ теченіе продолжительнаго времени можетъ наблюдаться тахикардія, при чемъ возбудимость настолько велика, что малѣйшее волненіе или напряженіе, даже одинъ лишь страхъ передъ возможностью припадка, оказываются достаточными, чтобы вызвать его появленіе. Въ противоположность формѣ экситомоторной, пульсъ слабъ, вялъ, легко сжимаемъ, пульсовая кривая низка, вышина и длина отдѣльныхъ пульсовыхъ волнъ очень неравномѣрна, а сердечная дѣятельность слаба и находится въ замѣтномъ противорѣчіи съ жалобами паціента на сердцебіеніе. Эту фазу Lehr объясняетъ парезомъ тормозящаго центра одновременно съ парезомъ сосудодвигательнаго

центра въ продолговатомъ мозгу, результатомъ чего должно явиться расширеніе сосудовъ и паденіе кровяного давленія.

При наступленіи припадка, пульсъ, частота котораго въ промежуткахъ—около 100 ударовъ, учащается до 130 и болѣе въ минуту, при чемъ онъ становится еще меньше и слабѣе чѣмъ обыкновенно. Больной при этомъ испытываетъ чувство сжатія, давленія и дрожанія въ области сердца; ему кажется, будто его сердце перестаетъ биться, что жизни грозитъ страшная опасность, и онъ приходитъ въ крайне безпокойное состояніе. Эта душевная реакція, выражающаяся страхомъ смерти или угрожающаго паралича сердца, въ высокой степени усиливаетъ всѣ явленія. Дѣло доходитъ до сердцебіенія, которое однако объективно можетъ быть весьма слабо выражено, до усиленія парестезій и даже до паралгій въ области сердца; вслѣдствіе явленія иррадіаціи на дыхательные нервы, можетъ наступить затрудненное дыханіе, но лишь рѣдко замѣтная одышка; результатомъ иррадіаціи на нервы пищевода служитъ чувство сдавливанія горла и задыханія. Больной въ ужасѣ—не въ состояніи оставаться долѣе въ комнатѣ и раскрываетъ окна, чтобы имѣть возможность дышать.

Объективно отмѣчаются симптомы неправильной, пониженной сердечной дѣятельности и явленія судороги сосудодвигателей (холодныя, блѣдныя конечности) наряду съ явленіями аффекта страха.

По прошествіи нѣкотораго времени, припадокъ ослабѣваетъ, пульсъ становится медленнѣе и полнѣе, сердечная дѣятельность свободнѣе - сильнѣе, больной же чувствуетъ себя совершенно истощеннымъ и усталымъ, и крайне безпокоится возможностью повторенія приступа. Подобные припадки продолжаются обычно лишь нѣсколько минутъ, рѣдко болѣе четверти часа. Между тѣмъ больной все болѣе и болѣе обращаетъ вниманіе на дѣятельность своего сердца

и, въ концѣ концовъ, убѣждаетъ себя въ существованіи серьезной опасности; если къ тому-же случайно и врачъ укрѣпитъ въ немъ это убѣжденіе встревоженнымъ выраженіемъ лица или ошибочнымъ діагнозомъ, то все это можетъ настолько взволновать пацiента, что малѣйшій поводъ окажется достаточнымъ, чтобы вызвать повтореніе подобныхъ припадковъ. Страдаетъ при этомъ также весьма сильно общее самочувствіе, аппетитъ и сонъ больного. Такъ какъ такіе припадки особенно часто случаются во время сна, то больной начинаетъ страшиться ночи и опасаться смерти во снѣ; понятно, что все это въ высокой степени лишаетъ его ночного покоя. Паціентъ становится крайне боязливымъ, не рѣшается ни одной минуты оставаться одинъ, боится производить какія-бы то ни было движенія и проводить мучительные часы и дни въ креслѣ, или на кушеткѣ.

Эти ужасные аффекты ожиданія поддерживаются парестезіями и паралгіями въ области сердца, которыя, въ свою очередь, продолжаются благодаря тому, что больной безпрестанно на нихъ сосредоточиваетъ свое вниманіе. И вотъ случается, что, вслѣдствіе гиперестезіи сердечныхъ или грудныхъ нервовъ, сердечные удары становятся ощутимыми и сопровождаются страхомъ и безпокойствомъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда эта гиперестезія сразу проходитъ, больному кажется, что его сердце внезапно остановилось, что наступилъ его послѣдній часъ, чѣмъ снова вызывается новый припадокъ.

Понятно, что при подобномъ состояніи, сердце не можетъ вполнѣ успокоиться, вслѣдствіе чего развивается довольно продолжительная тахикардія.

Въ рѣдкихъ случаяхъ, припадокъ бываетъ столь сильнымъ, что онъ напоминаетъ тяжелую картину грудной жабы, вызванную органическими заболѣваніями; по крайней мѣрѣ блѣдность и впалость лица, холодныя конечности и

прерывающееся дыханіе могутъ навести на мысль объ angina pectoris.

При этой ложной, сосудодвигательной грудной жабѣ по большей части дѣло не доходитъ ни до аритміи, ни до зловѣщихъ стрѣляющихъ болей, отдающихъ изъ области сердца въ лѣвое плечевое сплетеніе. На ихъ мѣсто выступаютъ парестезіи или паралгіи, которыя иррадіируютъ въ обѣ верхнія и иногда даже и въ обѣ нижнія конечности.

Въ промежуткахъ между припадками, Krafft-Ebing временно наблюдалъ у такихъ больныхъ аритмію, но лишь при тяжелой осложняющей диспепсіи, сопряженной съ рѣзкимъ повышеніемъ кислотности и при отравленіи никотиномъ.

Также временную брадикардію, описанную Seeligmüller'омъ, Krafft-Ebing наблюдалъ лишь при неврастеніи желудочной и вызванномъ ею раздраженіи сердца.

Большое значеніе имѣетъ распознаніе подобной сердечной неврастеніи и ея различеніе отъ разстройствъ сердечной функціи, вызванныхъ органическими заболѣваніями сердца. Различеніе это не представляетъ особыхъ трудностей, если повторно произвести физическое изслѣдованіе больного и тщательно взвѣсить условія и причины возникновенія болѣзни въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Отъ смѣшенія сердечной неврастеніи съ простой или компенсаторной гипертрофіей, какъ слѣдствіемъ порока клапановъ, удерживаетъ то обстоятельство, что этіологія ихъ совершенно различна, и что при неврастеніи, если бы даже она и существовала весьма долго, отсутствуютъ признаки расширенія и гипертрофіи, а также, что при ней въ общемъ не удается констатировать сердечные шумы.

Нѣсколько труднѣе можетъ быть исключеніе хроническаго міокардита, склероза вѣнечныхъ артерій и жирнаго сердца.

Точно также и при этихъ органическихъ заболѣваніяхъ, этіологія случая весьма важна, а именно, при сердечной неврастеніи обычно приходится встрѣчаться съ молодыми людьми, у которыхъ волненія, эксцессы и т. п., смотря по обстоятельствамъ, довольно внезапно вызвали заболѣваніе. Послѣднее могло уже существовать, хотя и съ перерывами, цѣлый рядъ лѣтъ; развивалось оно, ухудшалось и повторялось вслѣдъ за особыми вредными моментами и, при томъ, психическими; оно происходило подъ вліяніемъ лѣтняго отдыха и несмотря на цѣлые годы своего существованія, не вызывало разстройствъ кровообращенія и дыханія. Всѣ эти симптомы обнаруживаются, кромѣ того, у невропатической личности, проявляющей часто цѣлый рядъ другихъ неврастеническихъ симптомовъ. Что касается припадковъ ложной и истинной грудной жабы, то необходимо отмѣтить, что первая возникаетъ преимущественно подъ вліяніемъ психическихъ моментовъ; что психическія волненія, а не органическія разстройства играютъ главную роль при развитіи припадка и его продленія; что прибытіе врача, дѣйствуя чисто психически, оказываетъ здѣсь часто чудеса; что настоящія невралгіи не сопутствуютъ такимъ припадкамъ ложной грудной жабы; что въ крайнемъ случаѣ отмѣчаются паралгіи, отдающія въ обѣ верхнія конечности, и что при этомъ, наконецъ, не бываетъ продолжительной аритміи.

Необходимо помнить, что легкіе шумы могутъ наблюдаться и при нервныхъ сердечныхъ страданіяхъ, какъ во время самихъ припадковъ, такъ и въ промежуткахъ между ними, однако эти шумы непостоянны, мѣняютъ мѣсто и по всей вѣроятности всегда лишь систолическіе.

Особаго вниманія заслуживаетъ то обстоятельство, что человѣкъ, страдающій сердечной астеніей, забывъ временно о своей „сердечной болѣзни“, можетъ танцовать, дѣлать

усиленныя движенія и даже подниматься на горы, не испытывая ни малѣйшаго неудобства, между тѣмъ какъ человѣкъ, страдающій органическимъ порокомъ сердца, почувствовалъ бы скоро приступъ сердцебіенія и одышки. Съ другой стороны, у неврастеника, узнавшаго о смерти знакомаго отъ паралича сердца, можетъ наступить припадокъ ночью, среди полнаго физическаго покоя, у лицъ же съ органическимъ порокомъ такія психическія вліянія не имѣютъ столь существеннаго значенія.

Подобно Lehr'у также Pisek говоритъ о двухъ формахъ сердечной неврастеніи, которыя соотвѣтствуютъ формамъ описаннымъ Lehr'омъ, а именно о формѣ, сопровождающейся повышеніемъ, и о формѣ сопровождающейся пониженіемъ возбудимости нервовъ.

Прогнозъ при сердечной неврастеніи можетъ быть, въ общемъ, признанъ благопріятнымъ, въ особенности при начальныхъ стадіяхъ и при правильномъ и умѣло поставленномъ леченіи.

Замѣчу здѣсь, что картина нѣсколько сходная съ сердечной неврастеніей была описана очень давно, подъ именемъ церебро-сердечной невропатіи или болѣзни Krieshaber'a. Вотъ, что пишетъ объ этомъ въ своей диссертаціи д-ръ Granier.

Въ засѣданіи 6-го мая 1872-го года, Claude Bernard представилъ въ академію наукъ, по поводу взгляда д-ра Krieshaber'a, докладъ подъ заглавіемъ: „О церебро-сердечной невропатіи".

Основываясь на цѣломъ рядѣ наблюденій, имъ собранныхъ, Krieshaber возводитъ въ степень самостоятельной болѣзни разстройство, которое не было до него описано. Головокруженія, сердцебіеніе при малѣйшемъ напряженіи, разстройства со стороны органовъ чувствъ при полной сохранности умственныхъ способностей, затрудненіе походки

и отсутствіе сна, въ случаяхъ тяжелыхъ; таковыми оказываются главныя характерныя черты болѣзни, которой Krieshaber далъ свое имя. Въ настоящее время, съ развитіемъ ученія о неврастеніи и неврастеническихъ состояніяхъ, Granier говоритъ, что описанный синдромъ долженъ войти въ рамки болѣзни Beard'a.

Точно также и André говоритъ, что картина болѣзни, описанная Krieshaber'омъ, есть ни что иное, какъ обыкновенная неврастенія съ преобладаніемъ сердечныхъ и мозговыхъ разстройствъ.

Не смотря на то, что, въ настоящее время, большинство врачей смотритъ на болѣзнь Krieshaber'a, какъ на проявленіе неврастеніи, скорѣе всего ея сердечной формы, тѣмъ не менѣе, отдѣльные авторы стараются найти характерныя отличія между симптомами, общими для неврастеніи, и церебро-сердечной невропатіи. Такъ, Cowen пишетъ, что особенно поражаютъ, при болѣзни Krieshaber'a, циркуляторныя разстройства, проявляющіяся съ первыхъ моментовъ заболѣванія въ рѣзкой, сильно выраженной формѣ. Тотъ-же симптомъ отмѣчается, правда, и при неврастеніи, но обнаруживается онъ не столь внезапно и не занимаетъ перваго мѣста. Другіе стигматы неврастеніи, какъ-то: головная боль, головокруженіе, безсонница, черепно-мозговое угнетеніе и т. п., помогаютъ установить дифференціальный діагнозъ между обѣими болѣзнями.

Начнемъ съ головной боли. Послѣдняя наблюдается у 3/4 неврастениковъ, по заявленію Bouveret—у 4/5, а по словамъ Levillain,—почти у всѣхъ. Эта головная боль характерна и получила названіе „Casque neurasthénique". При церебро-сердечной невропатіи, головная боль встрѣчается лишь рѣдко, больные скорѣе жалуются на обратное чувство, какъ бы на состояніе пустоты въ головѣ.

Головокруженіе при неврастеніи можетъ быть слабое или сильное, и независимо отъ интенсивности представляетъ собой явленіе скоро проходящее, при церебро-сердечномъ же неврозѣ, головокруженіе—очень сильное и исчезаетъ лишь послѣ довольно долгаго періода болѣзни.

Безсонница неврастениковъ отличается непостоянствомъ и неопредѣленной продолжительностью, при церебро-сердечной невропатіи же она часто абсолютна и продолжается по крайней мѣрѣ первыя недѣли болѣзни.

Явленія психическаго порядка значительно рѣзче выражены при неврастеніи.

Рахіалгія, столь характерная для неврастеніи, при болѣзни Krieshaber'a, обычно не наблюдается. Нѣкоторыя различія наблюдаются и въ отношеніи другихъ симптомовъ.

Теченіе неврастеніи весьма часто хроническое, болѣзнь же Krieshaber'a имѣетъ теченіе вполнѣ опредѣленное,—равное приблизительно двумъ годамъ.

Излечившись отъ церебро-сердечной неврастеніи, больной совершенно отъ нея освобождается, безъ всякаго расположенія къ возврату. Подобный исходъ для неврастеніи, говоритъ авторъ, никоимъ образомъ нельзя считать правиломъ, такъ какъ обычно остается расположеніе къ возвращенію болѣзни.

Оставляя въ сторонѣ вопросъ о томъ, насколько соображенія Cowen'a вѣрны и насколько особенности описываемыхъ имъ симптомовъ неврастеніи не поддаются измѣнчивости въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, укажу лишь на то, что, просматривая новѣйшія описанія наблюденій болѣзни Krieshaber'a (Grubi, Rauzier, Krieshaber, Bernheim), можно прійти къ выводу, что въ этихъ случаяхъ мы встрѣчаемся по всей вѣроятности съ неврастеніей.

5 Половая неврастенія.

Одною изъ самыхъ замѣчательныхъ формъ описываемой болѣзни, является неврастенія половой сферы или половая (Neurasthenia sexualis). По этому вопросу Beard написалъ спеціальную работу; въ послѣдствіи же этотъ видъ неврастеніи, сталъ предметомъ особаго изслѣдованія со стороны Ultzmann'a (Mirallié et Desclaux), Löwenfeld'a, Barucco, Wichmann'a, Peyer'a, Krafft-Ebing'a и др. Вотъ, что пишетъ послѣдній изъ указанныхъ авторовъ:

Раздражительная слабость нервныхъ функцій проявляется при половой неврастеніи въ области половыхъ нервовъ со включеніемъ ихъ центровъ и путей въ спинномъ и головномъ мозгу.

Въ виду важной зависимости, существующей между половымъ нервнымъ аппаратомъ и общей нервной системой, въ особенности же съ психическимъ органомъ,—можно считать обычнымъ явленіемъ воздѣйствіе разстроенныхъ половыхъ функцій на общую нервную систему и головной мозгъ; но въ равной степени однако встрѣчаются и разстройства жизни половой, вызванныя душевными или тѣлесными, спеціально нервными вліяніями.

Такъ изъ опыта видно, что не одни только антигигіеническіе факторы половой жизни должны быть признаваемы важнѣйшими и наиболѣе частыми причинами неврастеніи, но разстройства половыхъ функцій, могутъ также присоединиться и къ другимъ формамъ проявленія неврастеническаго состоянія.

Громадное вліяніе психики на появленіе разстройствъ въ половой жизни послужило, между прочимъ, основаніемъ для мысли, нѣсколько односторонней, проводимой въ своей книгѣ Stadelmann'омъ, согласно которой корень половой

неврастеніи кроется въ области чувствъ и представленій человѣка, и потому единственно дѣйствительнымъ леченіемъ является психо-терапія.

Въ виду того, что мужчина и женщина рѣзко отличаются другъ отъ друга не только въ анатомическомъ и физіологическомъ, но и въ душевномъ отношеніяхъ, и въ виду того, что это различіе обусловливается главнымъ образомъ, половой нервной системой, то является болѣе удобнымъ изложить отдѣльно картину половой неврастеніи мужчинъ и таковую женщинъ.

Половая неврастенія мужчины.

Раздражительная слабость половой функціи у мужчины проявляется въ началѣ лишь непомѣрно сильной возбудимостью центра сѣмяизверженія (ejaculati'и), чѣмъ обусловливаются частыя поллюціи и ускоренное изверженіе сѣмени при половомъ актѣ. Такъ какъ частыя ejaculati'и дѣйствуютъ на центральную нервную систему, какъ-бы на подобіе шока, то этимъ самымъ поддерживается и усиливается въ ней раздражительная слабость.

Процессъ ejaculati'и происходитъ рефлекторнымъ путемъ. Вслѣдствіе раздраженія чувствительныхъ нервныхъ вѣтвей glans penis'a, или кожи и сосѣднихъ съ половыми органами частей, а также вслѣдствіе эротическихъ представленій въ бодрственномъ состояніи или во снѣ, дѣло доходитъ (рефлекторнымъ путемъ) до скопленія спермы, изъ сѣменныхъ пузырьковъ, и liquor prostaticus, въ pars membranacea мочеиспускательнаго канала. Этимъ вызывается чувствительное раздраженіе этого весьма богатаго нервами отрѣзка мочеиспускательнаго канала. Раздраженіе это постепенно наростаетъ и, достигнувъ извѣстной степени, передается центру сѣмяизверженія въ спинномъ мозгу. Въ свою

очередь раздраженіе центра ведетъ рефлекторнымъ путемъ къ энергичному сокращенію m. m. ischio и bulbo cavernosus, благодаря которому происходитъ выбрасываніе спермы изъ мочеиспускательнаго канала, сопровождаемое извѣстнымъ пріятнымъ ощущеніемъ. Ejaculati'я наступаетъ тѣмъ легче, чѣмъ центръ сѣмяизверженія въ спинномъ мозгу болѣе возбудимъ, и чѣмъ возбудимѣе чувствительные нервы въ pars membranacea urethrae.

Повышенная возбудимость центра можетъ быть врожденной, или же пріобрѣтенной вслѣдствіе антигигіеническихъ моментовъ половой жизни, при чемъ главную роль играетъ непомѣрно частое возбужденіе этого центра.

Ненормально легкая возбудимость чувствительныхъ нервовъ задняго отрѣзка мочеиспускательнаго канала зависитъ отъ функціональныхъ или органическихъ измѣненіей этого отрѣзка и, по всей вѣроятности, является пріобрѣтенной.

Безконечный, но въ терапевтическомъ отношеніи важный споръ былъ поднятъ о томъ, не имѣютъ-ли эти измѣненія исключительно органическаго характера (гиперемія, катарръ).

Спеціалисты по мочеполовымъ болѣзнямъ, слишкомъ обобщая данныя, добытыя эндоскопическимъ путемъ, имѣющія несомнѣнное значеніе при urethritis postica, принесли извѣстный вредъ примѣненіемъ, основаннымъ на полученныхъ ими данныхъ, мѣстной терапіи (porte remède, porte caustique и т. п.)

Въ дѣйствительности находятъ, конечно, въ заднихъ отрѣзкахъ мочевого канала и при простомъ abusus Veneris (спеціально мастурбаціи) безъ всякой гонорройной инфекціи, часто гиперемію, но эта послѣдняя, очевидно, сопутствуетъ гиперестезіи, но никакъ не служитъ ея причиною.

Fürbringer, въ противоположность Grünfeld'y, Ultzmann'y, Peyer'y, доказалъ, что эти „катарры“ зад-

нихъ отрѣзковъ мочеиспускательнаго канала у мастурбантовъ основаны на недоразумѣніи.

Во всякомъ случаѣ необходимо помнить, что обусловленное тѣмъ или инымъ путемъ состояніе периферическаго раздраженія въ половыхъ органахъ мужчины, независимо отъ вызванныхъ имъ вредныхъ поллюцій, имѣетъ вліяніе на центръ сѣмяизверженія еще тѣмъ, что приводитъ его въ длительное состояніе повышенной возбудимости.

Заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что это состояніе повышенной возбудимости передается на центръ эрекціи, который находится въ близкомъ сосѣдствѣ и въ тѣсной функціональной связи съ центромъ сѣмяизверженія.

Этимъ путемъ создается заколдованный кругъ: центръ эрекціи, ставшій непомѣрно легко возбудимымъ, вызываетъ на периферіи гиперемію и раздраженіе, и этимъ способствуетъ появленію ejaculati'и, которая, въ свою очередь, оказываетъ вредное вліяніе на центры. Сверхъ того, со временемъ вовлекаются въ страданія церебральные центры (повышенное libido), и они вызываютъ, путемъ психическихъ раздраженій, возбужденіе центра эрекціи.

Между тѣмъ, разъ только центры находятся въ состояніи раздражительной слабости, то оказывается достаточнымъ малѣйшій поводъ на периферіи или со стороны психики, чтобы привести въ возбужденное состояніе эти центры эрекціи и сѣмяизверженія.

Причинами половой неврастеніи мужчинъ служатъ: злоупотребленіе половыми органами, вообще антигигіеническія условія половой жизни, а также иногда заболѣванія мочеиспускательнаго канала.

Въ 114 случаяхъ половой неврастеніи, этіологія которой была вполнѣ выяснена, Krafft-Ebing отмѣтилъ 88 разъ злоупотребленіе половыми органами мастурбаціей, 13 разъ— продолжительное чувственное возбужденіе безъ соотвѣт-

ствующаго удовлетворенія, 8 разъ—urethritis postica, 4 раза—excessus in coitu, и 1 разъ—coitus interruptus.

Болѣе чѣмъ въ ²/з—этихъ 114 случаевъ, можно было констатировать наслѣдственное предрасположеніе и, при томъ, безъ исключенія у всѣхъ тѣхъ больныхъ, у которыхъ половая неврастенія явилась слѣдствіемъ urethritis postica, coitus interruptus и excessus.

Послѣдняя причина можетъ оказаться дѣйствительной лишь у наслѣдственно предрасположенныхъ. При отсутствіи же этого предрасположенія, excessus in coitu ведетъ лишь къ временному половому истощенію (что сопровождается прекращеніемъ полового влеченія), которое, послѣ соотвѣтствующаго отдыха, проходитъ безъ всякихъ послѣдствій; болѣзненныхъ же поллюцій, т. е., раздражительной слабости (какъ это наблюдается у онанистовъ), excessus in coitu не вызываетъ (Gyurkovechky).

Патогенезъ другихъ неблагопріятныхъ факторовъ, въ указанномъ выше смыслѣ, необходимо искать въ ихъ способности вызывать гиперестезію (и гиперемію) pars prostatica и membranacea urethrae.

Относительно coitus interruptus можно сказать, что его вредное вліяніе зависитъ отъ замедленной и не полной деплеціи половой трубки, при чемъ однако получаемый вредъ не столь значителенъ, какъ у женщинъ.

Крайне пагубное вліяніе чувственнаго возбужденія, при которомъ имѣетъ мѣсто длительный,—продолжающійся иногда нѣсколько часовъ и не сопровождающійся облегающей деплеціей—оргазмъ, представляется само собой понятнымъ.

Случаи urethritis postica по большей части были осложнены вреднымъ вліяніемъ мѣстнаго хирургическаго вмѣшательства (зондированіемъ, смазываніемъ и т. п.), которое въ

отдѣльныхъ случаяхъ само вызывало и усиливало половой неврозъ.

Рѣдкой причиной половой неврастеніи у мужчины, играющей роль лишь у лицъ наслѣдственно предрасположенныхъ, служить coitus, совершающійся не охотно и безъ достаточной энергіи.

Пріобрѣтенная половая неврастенія у лицъ, наслѣдственно не предрасположенныхъ, представляетъ стадіи или этапы.

Можно различать: 1) стадію мѣстнаго полового невроза; 2) стадію вполнѣ развитого невроза поясничнаго отдѣла спинного мозга (спинальный неврозъ); 3) стадію распространенія и генерализаціи невроза въ спинномъ и головномъ мозгу (цереброспинальный неврозъ).

Всего проще и яснѣе картина болѣзни и ея возникновеніе у онанистовъ, не имѣющихъ наслѣдственнаго предрасположенія.

Прежде всего необходимо указать на относительную безвредность онанизма, если таковой практикуется не слишкомъ часто и не въ очень молодомъ возрастѣ. Со временемъ однако, наряду съ явленіями общей нервности и разстройства желудочно-кишечной функціи, обнаруживаются нѣкоторые психическіе симптомы. Паціентъ болѣе или менѣе ясно сознаетъ, что поступаетъ въ отношеніи себя такъ, какъ бы въ сущности не слѣдовало; онъ становится нелюдимымъ, теряется въ обществѣ и начинаетъ бояться, чтобы посторонніе не догадались по немъ о его тайномъ порокѣ. Чувствуя, что за нимъ наблюдаютъ, больной становится неуклюжимъ въ своихъ движеніяхъ, такъ что могутъ даже обнаружиться явленія дрожанія и разстройства координаціи; самочувствіе его крайне понижено.

Влѣдствіе тѣсной связи, существующей между носомъ и половыми органами, у паціента часто наблюдаются насморкъ

и носовыя кровотеченія. Хорошее настроеніе и охота къ труду подорваны; угрызеніе совѣсти и мрачныя мысли обуреваютъ молодого грѣшника.

Ко всему описанному присоединяются признаки мѣстнаго полового невроза. Заключаются они въ гиперестезіи мочеиспускательнаго канала (жженіе, давленіе въ каналѣ, щекотаніе glans penis во время и къ концу микціи), въ паралгіяхъ, иррадіирующихъ изъ pars prostatica urethrae въ perineum, rectum и сѣменные канатики и, затѣмъ, въ раздражительности мочевого пузыря (частый позывъ къ мочеиспусканію, спазмъ мочевого пузыря, сопровождающійся иногда болью и рефлекторной судорогой sphincter vesicae).

У большинства подобныхъ паціентовъ, зондированіе мочеиспускательнаго канала, — безболѣзненное у здороваго лица,—оказывается весьма болѣзненнымъ и вызываетъ рѣзкія сосудодвигательныя явленія (потрясающій ознобъ, общее поблѣднѣніе) и сильныя эксцентрическія боли въ glans penis. Со временемъ, вслѣдъ за онанистическими дѣйствіями, наступаетъ усталость и плохое настроеніе. Больной обычно догадывается о зависимости, существующей между своимъ плохимъ самочувствіемъ и мастурбаціей, и старается отъ нея воздерживаться. Между тѣмъ, центръ сѣмяизверженія успѣлъ стать настолько возбудимымъ, что воздержаніе отъ онанизма какъ бы возмѣщается весьма частыми поллюціями. Эти послѣднія оставляютъ цѣлый рядъ послѣдовательныхъ временныхъ непріятныхъ ощущеній. Воздержаніе ведетъ къ ненормальному возбужденію церебральныхъ центровъ. Проявляется оно въ повышенномъ половомъ влеченіи и въ преобладаніи сладострастныхъ представленій во снѣ, а затѣмъ и на яву. Центръ сѣмяизверженія, непомѣрно легко проявляющій свою дѣятельность, отвѣчаетъ на эти раздраженія поллюціями, которыя ухудшаютъ мѣстныя и общія разстройства и, въ концѣ концовъ, являются даже въ тече-

ніе дня. Больной, сильно обезпокоенный своимъ положеніемъ и боясь повторенія страшныхъ для него поллюцій, обращается къ врачу, чаще однако къ энциклопедическому словарю или популярнымъ брошюрамъ, рисующимъ, изъ денежныхъ разсчетовъ, въ самыхъ мрачныхъ краскахъ послѣдствія грѣховъ молодости. Изъ нихъ онъ узнаетъ, что ему будто бы угрожаютъ спинная сухотка и другія не менѣе страшныя заболѣванія. Понятно, что больной при этомъ испытываетъ нравственное потрясеніе, которое непосредственно за собой вызываетъ глубокое психическое угнетеніе, въ дальнѣйшемъ же—ухудшеніе всѣхъ мѣстныхъ и общихъ симптомовъ. Особенно учащаются ослабляющія и страшныя для больного поллюціи; тѣмъ болѣе, что паціентъ подъ вліяніемъ нозофобическихъ мыслей окончательно отказывается отъ мастурбаціи.

Дальше указанныхъ симптомовъ, развитіе невроза у лица, наслѣдственно непредрасположеннаго, обыкновенно не идетъ. Вслѣдствіе дальнѣйшаго воздержанія и подходящихъ діэтетическихъ и терапевтическихъ мѣръ, поллюціи постепенно становятся болѣе рѣдкими и устанавливается снова извѣстное равновѣсіе между психической и половой функціей. Лѣтнее мѣстопребываніе въ деревнѣ, гимнастика, прогулки и т. п., окончательно возстанавляютъ силы больного, который постепенно начинаетъ удовлетворять естественнымъ путемъ свои половыя потребности: въ началѣ, впрочемъ, у паціента можетъ наблюдаться еще ejaculatiя praecox, которая указываетъ на оставшіеся слѣды раздражительной слабости соотвѣтствующаго центра.

Если мастурбація практиковалась очень продолжительное время до заболѣванія и до прекращенія ея и сопровождалась другими вредными моментами, какъ, напримѣръ, умственнымъ и физическимъ переутомленіемъ, или же какимъ-либо тяжелымъ, острымъ заболеваніемъ, то бываютъ случаи, при

которыхъ болѣзнь перестаетъ носить характеръ мѣстнаго полового невроза и переходитъ въ стадію невроза спинальнаго.

Проявляется онъ тѣмъ, что ejaculati'онный центръ реагируетъ на малѣйшія раздраженія, какъ, напримѣръ, на зрительныя (видъ обнаженнаго тѣла, порнографическія картинки), на тактильныя (одно лишь прикосновеніе къ женщинѣ) и даже на механическія (ѣзда по тряской мостовой и т. п.), при чемъ обычными явленіями бываютъ не только ночныя, но и дневныя поллюціи. Иногда выдѣленіе сѣмени сопутствуетъ даже акту дефекаціи и зависитъ отъ одновременнаго,—съ сокращеніемъ мускуловъ прямой кишки и пузыря,—сжиманія сѣменныхъ пузырьковъ при разслабленныхъ ductus ejaculatorii.

Вскорѣ раздражительная слабость центра сѣмяизверженія захватываетъ также и центръ эрекціи. Такъ какъ половое влеченіе по большей части болѣзненно повышено, то этотъ центръ безпрестанно возбуждается, при чемъ однако эрекція все-же неполная или скоро проходящая. Результатомъ недостаточной эрекціи и ejaculati'и praecox бываетъ неудача при попыткѣ къ coitus'у (неврастеническое половое безсиліе).

Больной этимъ еще болѣе разстраивается, считая свое безсиліе неизлечимымъ. Подъ вліяніемъ подобныхъ мрачныхъ мыслей, повышенное половое влеченіе обыкновенно исчезаетъ.

Часто, въ этой стадіи болѣзни, отмѣчаются также разстройства со стороны мочевого аппарата, а именно, ослабленіе функціи m. detrusoris одновременно со слабостью сфинктора мочевого пузыря (Guyon, Neurasthénie vesicale), чѣмъ обусловливается выдѣленіе нѣсколькихъ капель мочи, вслѣдъ за актомъ мочеиспусканія. Временно можетъ наблюдаться также и спазмъ этихъ мускуловъ (Ultzmann), но все-же задержаніе мочи бываетъ лишь рѣдко и, при томъ,

только временно. Въ мочѣ часто констатируется увеличеніе фосфатовъ, нерѣдко также уратовъ и оксалатовъ: количество индикана обычно увеличено.

Все яснѣе и яснѣе начинаетъ обнаруживаться вліяніе на психическую и тѣлесную сферу ejaculati'й при поллюціяхъ и попыткахъ къ coitus'y,—ejaculati'й, дѣйствующихъ на подобіе шока, но не вслѣдствіе потери сѣмени, какъ думаютъ ошибочно люди несвѣдующіе.

Реакціей на подобные шоки, вызванные ejaculati'eй, служатъ состоянія недовольства, чувствованія разбитости и болѣзненнаго утомленія въ поясницѣ, доходящія до ясно выраженнаго спинно-мозгового раздраженія, паралгіи и невралгіи въ области поясничио крестцоваго сплетенія, при чемъ всѣ эти явленія постепенно все усиливаются. Продолжаться могутъ они цѣлый рядъ дней и служатъ исходной точкой нозофобическихъ идей, касающихся спинно-мозговыхъ заболѣваній. Въ этой стадіи, сладострастное ощущеніе, сопровождающее физіологическую ejaculati'ю, оказывается замѣненнымъ—ощущеніемъ болѣзненнымъ.

Заслуживаетъ вниманія также тотъ фактъ, что ночныя поллюціи сопровождаются не сладострастными сновидѣніями, а безразличными и иногда даже устрашающими снами.

Выздоровленіе человѣка, наслѣдственно непредрасположеннаго, при этой второй стадіи еще возможно, но во всякомъ случаѣ оно достается весьма трудно. Роковыми бываютъ тѣ рѣдкіе случаи, при которыхъ непомѣрно сильно развитое половое влеченіе беретъ верхъ и ведетъ къ возобновленію онанизма, одинаково вредно отражающагося какъ на физическомъ, такъ и на психическомъ состояніяхъ паціента. По наблюденіямъ Krafft-Ebing'a, нервная система въ случаяхъ второй стадіи не оправляется уже окончательно отъ вновь причиняемаго ей вреда и даетъ о себѣ знать хотя бы наступленіемъ ejaculatio praeceps при coitus'ѣ. Но и

общая нервная система оказывается уже неспособной въ прежней степени противодѣйствовать психическимъ и тѣлеснымъ вреднымъ моментамъ. Такъ, напримѣръ, люди, занимающіеся умственнымъ трудомъ, перенесши половую неврастенію ex masturbatione, становятся очень легко церебрастениками, а занимающіеся физическимъ трудомъ—міэластениками,—стоитъ имъ лишь переутомиться въ своихъ занятіяхъ.

На основаніи сказаннаго, неумѣренно и долго производившійся онанизмъ можетъ быть разсматриваемъ какъ причина пріобрѣтеннаго предрасположенія.

Особаго клиническаго описанія требуетъ половая неврастенія человѣка *наслѣдственно предрасположеннаго,* такъ какъ она не имѣетъ того опредѣленнаго теченія, какъ неврастенія лица не предрасположеннаго, и ея вліяніе на нервные центры и психическій органъ простирается гораздо дальше, нежели у субъекта наслѣдственно здороваго.

Все это объясняется отчасти тѣмъ, что при нервномъ унаслѣдованномъ предрасположеніи обыкновенно особенно тяжело поражается половая нервная система и, тѣмъ самымъ, является какъ бы отъ рожденія мѣстомъ наименьшаго сопротивленія.

Такимъ образомъ, становится понятнымъ тотъ фактъ, что вредные моменты, часто не дѣйствующіе непосредственно на половые органы, вызываютъ въ этихъ послѣднихъ разстройства въ ихъ функціи; другими словами, временные или даже длительные симптомы половой неврастеніи могутъ присоединиться къ другому любому виду нервной слабости.

Съ другой стороны понятно также и то, что непосредственно дѣйствующіе на половой аппаратъ вредные моменты, хотя бы и самые ничтожные, вызываютъ у лица наслѣдственно предрасположеннаго, въ противоположность не-

предрасположенному, непомѣрно рано и рѣзко выраженные симптомы не только неврастеніи половой, но и неврастеніи общей. Въ томъ и другомъ случаѣ можетъ оказаться, что въ дѣйствительности, или только, по видимому, началомъ болѣзни, являющейся какъ бы центробѣжнаго, а не центростремительнаго происхожденія, служитъ третья стадія невроза (Eulenburg). О томъ, что половая сфера у людей, наслѣдственно предрасположенныхъ, оказывается съ самаго рожденія очень тяжело затронутой, вытекаетъ уже изъ того обстоятельства, что у такихъ лицъ весьма часто отмѣчается наличность психо-половыхъ разстройствъ въ смыслѣ отсутствующаго, пониженнаго, повышеннаго или въ особенности извращеннаго полового чувства.

Точно такъ-же и спинно-мозговые половые центры обнаруживаютъ врожденныя аномаліи своей функціи. Такъ, Hofmann и Gyurkovechky описываютъ врожденную слабость центра эрекціи. На подобное-же разстройство центра сѣмяизверженія указываютъ наблюденія Krafft-Ebing'а, согласно которымъ люди съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ, уже въ 10-ти лѣтнемъ возрастѣ, имѣли поллюціи при лазаньѣ на деревья, хотя онанизмомъ до этого не занимались. У другихъ лицъ наблюдалось то-же явленіе подъ вліяніемъ страха передъ наказаніемъ въ школѣ. Что подобная слабость можетъ существовать и въ центрахъ мочевого пузыря, доказываютъ наблюденія Lallemand, касающіяся случаевъ дѣтскаго непроизвольнаго мочеиспусканія, съ упорствомъ продолжавшагося до наступленія юношескаго возраста.

Понятно, что, при подобной врожденной слабости спинальныхъ центровъ, даже ничтожнѣйшія раздраженія возбуждаютъ и истощаютъ ихъ; ненормально же легкая иррадіація раздраженій, обусловленная отчасти пониженной сопротивляемостью въ нервныхъ путяхъ, обнаруживаемой

нервной системой лицъ, наслѣдственно предрасположенныхъ, способствуетъ отраженію этихъ раздраженій на самыя отдаленныя части нервной системы.

Все это должно еще легче происходить въ тѣхъ случаяхъ, если (какъ это часто бываетъ у дегенератовъ) половая жизнь непомѣрно рано и сильно пробуждается и ведетъ къ кутежамъ и почти всегда къ онанизму.

У подобныхъ лицъ однако, чтобы вызвать тяжелыя разстройства въ функціи половыхъ органовъ, достаточно бываетъ уже самаго непродолжительнаго и слабаго воздѣйствія тѣхъ моментовъ, которые у лицъ непредрасположенныхъ способствуютъ появленію болѣзни лишь въ случаѣ особой ихъ силы и продолжительности; даже не вполнѣ гигіеническій образъ жизни, легкія волненія, умственное напряженіе могутъ у людей, съ тяжелымъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ, вызвать появленіе поллюцій, а эти послѣднія весьма скоро вызываютъ тяжелую половую неврастенію.

Особенно опасно бываетъ такимъ лицамъ сосредоточивать свои мысли на сладострастныхъ представленіяхъ, такъ какъ это можетъ повести къ весьма гибельному для нихъ психическому онанизму.

Очевидно, что родители и воспитатели должны особенно слѣдить за развитіемъ половой жизни подобныхъ наслѣдственно предрасположенныхъ дѣтей. Сколько такихъ дѣтей, вслѣдствіе недостаточнаго надзора, тѣлесно и душевно гибнетъ, объ этомъ могутъ передать врачи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ.

Въ то время какъ люди здоровые—въ состояніи остаться безъ всякаго вреда для себя чистыми въ половомъ отношеніи до вступленія въ бракъ, дегенераты, съ сильнымъ половымъ влеченіемъ, могутъ при соблюденіи подобнаго требованія, тяжело разстроить свои половыя функціи. Въ

общемъ, такимъ людямъ было бы полезно раннее и естественное удовлетвореніе ихъ половыхъ потребностей, для общества же было бы лучше, еслибъ они отказались отъ вступленія въ бракъ.

Большинство этихъ наслѣдственно предрасположенныхъ лицъ никогда не чувствуютъ себя увѣренными въ своей половой способности, такъ какъ она непостоянна, капризна очень зависитъ отъ минутнаго настроенія и отъ ненормальныхъ наклонностей. Если при этомъ ихъ половыя влеченія, какъ обыкновенно бываетъ, повышены, или же больные думаютъ вступить въ бракъ, или только-что вступили, то подобные паціенты являются тяжкимъ наказаніемъ для врачей, въ виду того, что всякій психическій моментъ можетъ крайне вредно отразиться на ихъ половой способности.

Это психическое безсиліе вытекаетъ изъ неудачи при половомъ актѣ,—неудачи вслѣдствіе слишкомъ сильнаго психическаго возбужденія, смущенія, страха передъ заразой, вслѣдствіе пассивнаго отношенія женщины или недостаточнаго удовлетворенія его ненормальныхъ склонностей (фитишизмъ); нерѣдко половое безсиліе наблюдается и у давно женатыхъ онанистовъ, развиваясь на почвѣ недовѣрія къ своимъ половымъ способностямъ; подрывается же довѣріе чтеніемъ популярныхъ брошюръ, въ которыхъ категорически говорится, что безсиліе должно явиться неизбѣжнымъ слѣдствіемъ онанизма.

Первая неудача влечетъ за собой навязчивую идею о половомъ безсиліи, при чемъ, при каждой повторной попыткѣ, эта идея парализуетъ центръ эрекціи и дѣйствительно вызываетъ безсиліе.

Подобныя лица не должны вступать въ бракъ до тѣхъ поръ, пока ихъ здоровье не возстановлено и они не обрѣтутъ увѣренности въ собственныхъ силахъ; въ противномъ

случаѣ больной, послѣ неудавшейся попытки къ правильному сожитію, можетъ печально кончить—даже самоубійствомъ.

Съ другой стороны однако не слѣдуетъ и упускать благопріятнаго момента для вступленія въ бракъ, дабы не рисковать возвратомъ болѣзненнаго состоянія. Опытность и тактъ должны подсказать, какъ поступить въ подобномъ случаѣ.

При половой неврастеніи людей, наслѣдственно предрасположенныхъ, особенно тяжелымъ является осложненіе картины болѣзни рѣзкимъ соучастіемъ въ ней психическихъ факторовъ, которые вовлекаютъ въ дальнѣйшее страданіе не только спинной и головной мозгъ, но и половую сферу.

Въ то время какъ человѣкъ, болѣзненно не предрасположенный, извлекаетъ пользу изъ чтенія солидныхъ популярныхъ брошюръ, касающихся опасности его положенія, неврастеникъ, съ болѣзненною наслѣдственностью, приходитъ отъ подобнаго чтенія въ неописуемый ужасъ и отчаяніе; результатомъ является полное ослабленіе его физической энергіи, въ томъ числѣ, и половыхъ силъ; нерѣдко даже внезапно обострившаяся цереброспинальная неврастенія можетъ повести къ появленію тяжелой меланхоліи.

Невѣроятно тяжелымъ бываетъ положеніе неврастеника въ томъ случаѣ, когда онъ, обладая повышеннымъ половымъ влеченіемъ, съ одной стороны, не въ силахъ отказаться отъ онанизма, а съ другой,—не можетъ прибѣгнуть къ спасительному нормальному coitus'у вслѣдствіе дѣйствительнаго (неврастеническаго) или мнимаго (психическаго) безсилія, или же вслѣдствіе боязни заразы. Тутъ онъ считаетъ себя уже человѣкомъ окончательно погибшимъ, которому неминовать всѣхъ страшныхъ послѣдствій онанизма до сумасшествія включительно.

Страшное потрясеніе всей нервной системы, связанное съ подобнымъ состояніемъ, влечетъ за собой повышенную

раздражительность центра сѣмяизверженія, чѣмъ вызываются учащенныя поллюціи, которыя еще въ большей степени усиливаютъ нравственныя и физическія страданія больного.

Врачебная помощь становится необходимой, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, паціенту грозитъ опасность психической и физической гибели.

Не безъинтересно еще сравнить картину спинальной и церебральной астеніи полового происхожденія съ таковою-же иного происхожденія и указать на ихъ клиническія особенности и различія.

Спинальная астенія полового происхожденія характеризуется, по мнѣнію Krafft-Ebing'a, наличностью самыхъ разнообразныхъ паралгій и, въ особенности, нарестезій. Больнымъ кажется, будто отъ спинного мозга къ периферіи и обратно протянуты нити, которыя натягиваются и тянутъ; они ощущаютъ, какъ бы струю холодной воды протекающую по позвоночнику и нижнимъ конечностямъ; ноги имъ кажутся какъ-бы парализованными и нѣмѣющими.

Всѣ эти ощущенія, при появленіи у больного паранойи, играютъ видную роль въ его бредѣ. Особенно частымъ бываетъ бредъ преслѣдованія, въ которомъ фигурируютъ электричество и магнитизмъ.

Заслуживаетъ вниманія, въ такихъ случаяхъ, рѣзкое временное ухудшеніе спинальныхъ симптомовъ наступающее вслѣдъ за новыми поллюціями. Къ этому присоединяются многочисленныяпаралгіи въ области plexus lumbo-sacralis, почти всегда нозофобическія идеи о заболѣваніи спинной сухоткой, соучастіе сердца и сосудо-двигательныхъ функцій (непостоянство частоты пульса, сердцебіеніе, попеременное покраснѣніе и поблѣднѣніе, мѣстный и общій гипергидрозъ), весьма пониженный тонусъ сосудовъ, мышечная слабость, быстрая утомляемость и неувѣренность въ движеніяхъ

Церебральная астенія полового происхожденія характе-

ризуется, по мнѣнію Krafft-Ebing'а, ослабленіемъ чувственнаго тона, сопровождающаго представленія, измѣненіями общаго чувства, тусклостью внѣшнихъ впечатлѣній (какъ во снѣ, какъ въ туманѣ), дрожаніемъ, усиленной потливостью при общеніи съ посторонними людьми, безпричиннымъ страхомъ, доходящимъ до настоящихъ припадковъ, фобіями, въ особенности монофобіями, насильственными представленіями, рѣзкой душевной депрессіей, тоскливымъ настроеніемъ, глубокой задумчивостью, полнымъ отсутствіемъ энергіи и галлюцинаціями обонянія. При подобныхъ галлюцинаціяхъ, пишетъ Schreiber, больному начинаетъ казаться, что его тѣло издаетъ зловонный запахъ, и что оттого всѣ отъ него сторонятся. Попытки къ самоубійству составляютъ у этихъ больныхъ далеко не рѣдкое явленіе.

Поразительно часто принимаютъ участіе въ картинѣ болѣзни также и глазные нервы. Cohn подробно изучилъ указанныя разстройства и изложилъ полученные имъ результаты въ Archiv für Augenheilkunde 1882. Онъ нашелъ паралгіи (чувство давленія въ глазахъ, доходящее до болей), гиперестезію сѣтчатки, фотопсію, астенопію и глазную мигрень.

Прогнозъ половой неврастеніи, развившейся на наслѣдственной почвѣ, можетъ быть признанъ, въ общемъ, не благопріятнымъ. Многіе больные погибаютъ отъ тѣлеснаго и умственнаго истощенія; немалое число изъ нихъ попадаетъ въ лечебницы для душевно-больныхъ вслѣдствіе присоединившейся меланхоліи, отупѣнія или чувственнаго бреда, въ особенности же вслѣдствіе дегенеративныхъ формъ первичнаго прогрессивнаго слабоумія, а также вслѣдствіе помѣшательства въ видѣ навязчивыхъ идей и первичнаго сумасшествія.

Тѣ изъ больныхъ, которые въ концѣ концовъ не вполнѣ выздоравливаютъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ и не лишаются ума, остаются всю свою жизнь тяжелыми неврастениками, пре-

слѣдуемыми нозофобическими мыслями и мучимыми въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ spermatorrhöe'ями, поллюціями и паралгіями половыхъ органовъ. Половыя влеченія у нихъ постепенно падаютъ, хотя иногда и пріобрѣтаютъ извращенный характеръ; эрекціонный центръ мало-по-малу теряетъ свою возбудимость.

Иногда можно встрѣтить такихъ индивидуумовъ, которые, въ большей или меньшей степени, утратили второстепенныя физическія, въ особенности же психическія черты, свойственныя ихъ полу, и становятся женоподобными; въ то-же время у нихъ обнаруживаются паралитическое безсиліе, вялые, анемичные, парэстетическіе половые органы и ненормально мягкія, даже уменьшенныя testiculi.

Половая неврастенія у женщины.

Половая неврастенія женщины имѣетъ въ клиническомъ отношеніи много общихъ чертъ съ подобной-же неврастеніей мужчины. И здѣсь можно предполагать существованіе врожденной, или пріобрѣтенной—пониженной сопротивляемости центровъ и проводящихъ путей, вслѣдствіе чего ничтожныя случайныя причины могутъ оказаться достаточными, чтобы вызвать появленіе невроза. Разграничить однако, при этомъ, причины предрасполагающія отъ случайныхъ, бываетъ трудно, такъ какъ первыя изъ нихъ (напр.: невропатическая конституція) могутъ вмѣстѣ съ тѣмъ повлечь за собою случайные вредные моменты (повышенное половое влеченіе съ опасностью развитія онанизма); эти же послѣдніе (напр.: coitus interruptus) въ состояніи создать предрасположеніе пріобрѣтенное, или усилить врожденное. Къ этому еще присоединяется то обстоятельство, что у женщины половая жизнь сопровождается гораздо болѣе глубокими душевными чувствами, нежели у мужчины, вслѣдствіе чего вводится въ

рядъ причинъ лишній моментъ, вредно влiяющій на теченіе и характеръ невроза, и патогенезъ страданія становится еще болѣе сложнымъ. Явленіемъ рѣзкаго соучастія психическаго фактора объясняется и то обстоятельство, что весьма часто къ половой неврастеніи примѣшиваются симптомы истеріи (истеро-неврастенія). Можно даже считать, что главнымъ этіологическимъ моментомъ служатъ психическіе факторы, вытекающіе изъ органическихъ или функціональныхъ разстройствъ полового аппарата.

Въ этіологическомъ отношеніи половая неврастенія у женщинъ существенно отличается отъ неврастеніи у мужчинъ тѣмъ, что онанизмъ значительно рѣже является у первыхъ причиною болѣзни: но за то несравненно чаще причиною неврастеніи у женщинъ служатъ заболѣванія, т. е. анатомическія измѣненія половыхъ органовъ. Объясняется это анатомическимъ различіемъ мужскихъ и женскихъ дѣтородныхъ органовъ. О важныхъ, въ этіологическомъ отношеніи, физіологическихъ и психическихъ различіяхъ будетъ сказано ниже.

Если однако оставить въ сторонѣ эти различія, то половая неврастенія у женщинъ имѣетъ много общихъ этіологическихъ и клиническихъ чертъ съ одноименнымъ неврозомъ у мужчинъ.

Изъ причинъ неврастеніи у женщинъ, на первомъ планѣ должны быть поставлены, какъ видно изъ опыта, заболѣванія половой трубки и ея придатковъ, поскольку они ведутъ къ ирритативнымъ разстройствамъ нервныхъ путей, а затѣмъ и центровъ этихъ органовъ. Точно также причиною могутъ служить неврозы половыхъ органовъ, какъ, напримѣръ, vaginismus. Насколько вслѣдствіе подобныхъ аномалій, coïtus можетъ стать невыполнимымъ, неудовлетворяющимъ или безплоднымъ, настолько возникаютъ вредные психическіе моменты, пагубное вліяніе которыхъ усиливается

опасеніями за семейное спокойствіе и счастье. Въ подобныхъ случаяхъ, кромѣ чертъ неврастеническихъ, имѣются почти всегда на лицо также черты истерическія.

Могутъ-ли заболѣванія половыхъ органовъ сами по себѣ, т. е., безъ соучастія нервнаго предрасположенія и психическихъ факторовъ повести къ общему неврозу, это еще не установлено.

Подобно ирритативнымъ анатомическимъ пораженіямъ половой трубки (опухоли, инфаркты матки, рубцы, нарывы, которые вслѣдствіе оказываемаго давленія, раздраженія или обнаженія нервовъ дѣйствуютъ раздражающимъ образомъ— Hegar), могутъ иногда, при имѣющемся предрасположеніи, вызвать страданіе, также заболѣванія сосѣднихъ органовъ, иннервируемыхъ крестцовымъ сплетеніемъ (болѣзнь мочевого пузыря, прямой кишки, въ особенности фиссуры).

Къ причинамъ, вызывающимъ у женщинъ неврастенію, необходимо причислить еще злоупотребленіе половыми органами путемъ онанизма.

Обычно, при этомъ, имѣется также невропатическая наслѣдственность, на почвѣ которой непомѣрно сильно и рано пробуждается чувственность, такъ какъ сама по себѣ нормально развитая и хорошо воспитанная дѣвушка не станетъ предаваться онанизму.

Способы возникновенія и клиническія проявленія—въ сущности тѣ-же, какъ и у мужчинъ. Также и здѣсь степень развитія неврастеніи зависитъ отъ степени наслѣдственнаго предрасположенія. При отсутствіи этого предрасположенія, дѣло обыкновенно не идетъ далѣе симптомовъ раздражительной слабости центровъ въ поясничномъ отдѣлѣ спинного мозга („Lendenmarkneurose“), resp. neurasthenia spinalis. У женщины, подобно тому, какъ и у мужчины, онанизмъ дѣйствуетъ не только физически, но и психически. Это психическое вліяніе иногда можетъ сказаться еще въ большей

мѣрѣ, а именно: молодая дѣвушка, занимавшаяся онанизмомъ, выйдя замужъ, не испытываетъ удовлетворенія въ брачномъ сожитіи вслѣдствіе малой возбудимости ея половыхъ органовъ къ естественнымъ раздраженіямъ, какъ результата практиковавшейся мастурбаціи; сознавая свою вину и понимая, что причиною служитъ онанизмъ, молодая женщина горько раскаивается и жестоко упрекаетъ себя, считая, что семейное счастье ея окончательно подорвано; можетъ случиться, что, испытывая частыя возбужденія, не сопровождающіяся однако чувствомъ естественнаго удовлетворенія, она вновь прибѣгаетъ къ столь ненавистному и пагубному онанизму. Вслѣдствіе подобныхъ психическихъ вліяній, неврастенія получаетъ сильный толчекъ къ своему развитію и быстро переходитъ въ neurasthenia universalis, сопровождающуюся даже рѣзкими явленіями со стороны психики.

Мало значенія, при возникновеніи неврастеніи у женщины, имѣетъ половое воздержаніе, которое у мужчины, съ сильно развитымъ половымъ чувствомъ, играетъ довольно значительную роль. Женщина, въ ряду безчисленныхъ поколѣній, воспитана въ духѣ воздержанія. У нормально развитой дѣвушки, половая жизнь,—если не считать легкаго, болѣе или менѣе несознаваемаго возбужденія, — дремлетъ и пробуждается лишь при всупленіи въ бракъ. Этимъ и объясняется, по всей вѣроятности, тотъ фактъ, что женскій ejaculati'онный центръ требуетъ, для полнаго развитія своей функціональной энергіи, продолжительныхъ физическихъ (раздраженіе эрогенныхъ зонъ) и психическихъ воздѣйствій, между тѣмъ какъ у мужчины поллюціи появляются самопроизвольно съ наступленіемъ періода полового созрѣванія и представляютъ собой явленіе вполнѣ физіологическое.

На основаніи сказаннаго, слѣдуетъ считать басней, что

неудовлетвореніе полового влеченія может оказаться вреднымъ для вполнѣ здоровой и хорошо воспитанной женщины.

Иначе обстоитъ дѣло, если женщина, съ тяжелымъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ, съ повышеннымъ половымъ чувствомъ, или же привыкшая къ половымъ сношеніямъ, должна внезапно соблюдать воздержаніе (напр., вслѣдствіе смерти мужа). Въ этомъ случаѣ, навѣрно, связывающимъ звеномъ, при развивающейся обычно неврастеніи, служитъ психическій онанизмъ.

Довольно значительную роль играетъ, въ этіологическомъ отношеніи, неудовлетворяющій coitus при сильной страсти и при появляющемся оргазмѣ.

Подобно тому, какъ у мужчины, точно также и у женщины, во время coitus'а совершается двигательный рефлекторный, какъ бы ejaculati'онный процессъ, который находится подъ вѣдѣніемъ спинальнаго центра, аналогичнаго ejaculati'онному центру мужчинъ, сопровождается сладострастнымъ чувствомъ и представляетъ собой заключеніе полового акта, вносящее душевное и тѣлесное удовлетвореніе. Этотъ рефлекторный двигательный процессъ состоитъ въ перестальтическихъ сокращеніяхъ половой трубки, вслѣдствіе чего выдавливается ея секретъ и содержимое Бартолиньевыхъ железъ („поллюція"). Въ этомъ заключается разрядъ вызваннаго coitus'омъ психическаго нервнаго возбужденія и оргазма.

Результатомъ разряда нервнаго напряженія и мускульнаго сокращенія является, во первыхъ, освобожденіе половой трубки отъ крови, переполняющей во время coitus'а ея эректильныя образованія и кавернозныя ткани, и, во вторыхъ, полное успокоеніе эрекціоннаго и ejaculati'оннаго центра. Въ результатѣ получается полное разслабленіе половыхъ органовъ и пріятное общее ощущеніе покоя и удовлетворенія. Если же этимъ актъ не кончается, то женщина

остается возбужденной и неудовлетворенной, какъ душевно, такъ и тѣлесно.

Гиперемія въ половой трубкѣ, а также въ остальныхъ тазовыхъ органахъ и въ спинномъ мозгу, продолжается неопредѣленно больше акта совокупленія и проходитъ лишь постепенно, сопровождаясь тупыми болями въ крестцѣ, чувствомъ тяжести и напряженія въ тазу и нижнихъ конечностяхъ и общей усталостью. Насколько это психическо-тѣлесное состояніе, послѣ неполнаго coitus'a, тяжело, вытекаетъ, между прочимъ, изъ того, что женщины часто принуждены бываютъ искать помощи въ онанизмѣ, чтобы вызвать ejaculati'ю, если только не наступитъ во снѣ спасительная поллюція.

Продолжительное нервное возбужденіе въ plexus pudendosacralis, а затѣмъ и во всей нервной системѣ,—въ состояніи вызвать неврастенію не только непосредственнымъ образомъ (аналогично мастурбаціи), но и косвеннымъ. Послѣднее становится возможнымъ—либо воздѣйствіемъ причинъ психическихъ (непріятныя общія ощущенія наряду съ ощущеніемъ неудовлетвореннаго полового влеченія, отвращеніе къ сожителю, боязнь новаго coitus'a, весьма непріятнаго для женщины и т. д.),—либо тѣлесныхъ, заключающихся въ томъ, что венозный застой въ половой трубкѣ, при частомъ повтореніи вредныхъ моментовъ, даетъ толчекъ къ тяжелымъ послѣдовательнымъ измѣненіямъ тканей (metritis, endometritis chronica, сопровождающаяся разстройствомъ мѣсячныхъ, dysmenorrhoe, fluor и т. п.), которыя затѣмъ въ свою очередь дѣйствуютъ раздражающимъ образомъ на нервную систему.

Виной тому, что coitus протекаетъ ненормально и не приноситъ желательнаго удовлетворенія, можетъ служить сама женщина—(врожденная или пріобрѣтенная путемъ

онанизма трудная возбудимость ejaculati'оннаго центра, resp. периферическихъ эрогенныхъ зонъ, вагинизмъ, недостаточная симпатія къ сожителю вслѣдствіе какихъ-либо физическихъ или моральныхъ причинъ и т. д.). Чаще однако виновенъ мужчина, будь то по причинѣ ejaculatio praecox, либо coitus reservatus или interruptus, который, въ настоящее время, такъ часто практикуется изъ боязни имѣть много дѣтей.

Клиническая картина половой неврастеніи женщинъ претерпѣваетъ измѣненія въ зависимости отъ особенностей вызывающихъ ее причинъ.

Неврозъ, вызванный заболѣваніемъ половыхъ органовъ, обнаруживается прежде всего въ видѣ спинальнаго рефлекторнаго невроза и приводитъ къ общему неврозу (неврастеніи) лишь подъ вліяніемъ наслѣдственнаго предрасположенія, или другихъ, въ особенности, психическихъ причинъ. Проявленія спинальнаго невроза укладываются въ рамки спинальной неврастеніи, при чемъ особенно рѣзко выражено спинно-мозговое раздраженіе, cocygodyni'я, наралгіи и даже невралгіи въ plexus lumbosacralis, amyosthenia и вазомоторныя разстройства (по большей части ощущеніе холода, смѣняющееся чувствомъ теплоты) въ нижнихъ конечностяхъ; затѣмъ отмѣчаются гиперестезіи мочевого пузыря и прямой кишки съ временными рефлекторными явленіями (cystospasmus, tenesmus vesicae, recti), hysteralgia, pruritus vulvae et vaginae, межреберная и поясничная неврастенія, при чемъ всѣ эти симптомы значительно ухудшаются вмѣстѣ съ появленіемъ мѣсячныхъ. Если спинальный рефлекторный неврозъ переходитъ въ общій, то на первый планъ выступаютъ: mastodynia, cardialgia, anorexia, dyspepsia, сердечный неврозъ (neurasthenia cordis). Больные теряютъ сонъ; глубоко нравственно разстроены; начинаютъ страдать нозофобическими идеями и пр., и. на-

конецъ, достигаютъ полнаго упадка душевныхъ и тѣлесныхъ силъ.

Правильныхъ поллюцій, которыя встрѣчаются при ниже слѣдующей классической формѣ половой неврастеніи, здѣсь не наблюдается.

Неврозъ, пріобрѣтенный путемъ онанизма, ненормальнаго coitus'а, а иногда и путемъ воздержанія, начинается, въ противоположность предъидущей формѣ, раздражительной слабостью ejaculati'оннаго центра, въ видѣ ненормально легко наступающихъ поллюцій. Затѣмъ, раздражительная слабость захватываетъ также всю поясничную часть спиннаго мозга и, наконецъ, всю центральную нервную систему со включеніемъ мозга.

Поллюціи у женщинъ всегда служатъ начальнымъ симптомомъ функціональнаго заболѣванія спинного мозга, которое, подъ вліяніемъ вредно дѣйствующихъ на центральную нервную систему ejaculati'й, постепенно переходитъ въ половую неврастенію. Раздраженіями, ведущими къ поллюціямъ, служатъ обычно эротическія сновидѣнія. При усиливающейся однако болѣзненной возбудимости ejaculati'оннаго центра, достаточными оказываются уже произвольно вызванныя (психическій онанизмъ), а, иногда, и сами по себѣ возникающія представленія бодрственнаго состоянія, такъ-же какъ и тактильныя раздраженія (поцѣлуи, объятія и т. п.) и даже сотрясеніе тѣла (ѣзда въ экипажѣ). Такія дневныя поллюціи указываютъ на уже въ высокой степени развившіяся стадіи невроза. При этомъ обыкновенно бываетъ, что уже не эротическія, но безразличныя, или даже непріятныя представленія вызываютъ или сопровождаютъ ночныя поллюціи, и что эти послѣднія пріобрѣтаютъ крайне тягостный и даже болѣзненный для женщины оттѣнокъ.

Въ случаѣ такого сильнаго развитія невроза, всегда

имѣются временно на-лицо симптомы, указывающіе на спинальную и церебральную неврастенію.

Согласно всему предъидущему, (болѣзненныя) поллюціи являются, какъ бы начальнымъ признакомъ, какъ бы очаговымъ симптомомъ невроза, имѣющаго склонность распространяться въ направленіи къ головному мозгу.

Если неврозъ этотъ усилится до степени невроза поясничнаго отдѣла спинного мозга (Lendenmarkneurose), то симптомы, наступающіе послѣ поллюцій, въ началѣ лишь временные,—дѣлаются стаціонарными;—дѣло доходитъ до постоянной болѣзненной усталости и давленія въ поясницѣ, до паралгіи въ вѣтвяхъ plexus lumbosacralis, coccygodyni'и, парэстезіи и гиперэстезіи vulvae и до hyperaestesia urethrae, vesicae, recti, съ рефлекторными позывами къ деффекаціи и мочеиспусканію.

На пути къ развитію neurasthenia spinalis diffusa, характеризующейся amyostheni'ей нижнихъ конечностей до временнаго прекращенія ихъ функцій, спинно-мозговымъ раздраженіемъ, паралгіями ногъ, сильнымъ повышеніемъ ихъ глубокихъ рефлексовъ и т. д., наблюдается иногда перевозбужденіе эрекціоннаго центра и тягостное состояніе erethismus genetalis единовременно съ clitorismus (аналогично priapism'у мужчины).

Подобные больные единогласно заявляютъ, что это состояніе крайне мучительно, такъ какъ сопровождается безпрестаннымъ безпокойствомъ и возбужденіемъ половыхъ органовъ, напоминающимъ о ихъ существованіи, на подобіе того, какъ это, напримѣръ, бываетъ съ чувствованіемъ желудка при наступившемъ голодѣ.

Цѣлый рядъ паралгій (жженіе, пульсація, безпокойство, дрожаніе, щекотаніе въ области vulv'ы и urethr'ы) сопровождаютъ это тягостное состояніе, которое вызываетъ сильное душевное угнетеніе, доходящее до отвращенія къ жизни,

и усиливаетъ психическимъ путемъ симптомы неврастеническаго невроза.

Изслѣдованіе обнаруживаетъ тургесценцію малыхъ губъ, почти непрерывную эрекцію клитора, горячее гиперемированное влагалище съ ясно расширенными и сильно пульсирующими артеріями, обычно также и fluor.

Не смотря на сильный оргазмъ, половое влеченіе отсутствуетъ. Оно появляется лишь временами вслѣдствіе эротическихъ картинъ и побужденій, которыя возникаютъ вторичнымъ путемъ, благодаря распространенію функціональнаго возбужденія на кору мозга. Это обстоятельство заставляетъ больную прибѣгнуть къ coitus'у или онанизму, но актъ ejaculati'и не вызываетъ сладострастнаго ощущенія и облегченія, а напротивъ—неудовольствіе, даже боль, и, подобно часто наблюдаемымъ здѣсь поллюціямъ, значительно усиливаетъ непріятное состояніе.

По этой причинѣ, больныя по возможности избѣгаютъ всякихъ половыхъ раздраженій, въ особенности общенія съ мужчинами, одно лишь прикосновеніе, или даже видъ которыхъ можетъ вызвать столь непріятныя поллюціи.

Страданіе протекаетъ, то ослабляясь, то обостряясь. Обостренія регулярно совпадаютъ съ мѣсячными, при чемъ они всего сильнѣе бываютъ непосредствено передъ и послѣ менструаціи. Прогнозъ, вслѣдствіе имѣющагося въ наличности обыкновенно тяжелаго наслѣдственнаго предрасположенія, сомнителенъ, и необходимо всегда имѣть въ виду возможность психическаго заболѣванія и самоубійства. Дальнѣйшій переходъ изъ этой стадіи спинально-полового невроза въ общую неврастенію, у лицъ наслѣдственно расположенныхъ, возможенъ въ любой моментъ. Сопровождаясь усиленіемъ симптомовъ спинальной астеніи, различными паралгіями и невралгіями въ области plexus pudendosacralis, смѣняющимся чувствомъ холода и жара въ нижнихъ конечностяхъ, завися-

щимъ отъ вазомоторнаго центра для нижнихъ конечностей, который былъ открытъ Golz'омъ въ поясничной части спинного мозга, и сопровождаясь кромѣ того симптомами церебральной астеніи (безсонница, давленіе головы, иногда навязчивыя представленія),—на первый планъ болѣзни съ очевидностью выступаютъ: межреберная невралгія, mastodynia, cardialgia, anorexia, dyspepsia, asthma, состоянія ложной грудной жабы и вообще сердечные неврозы.

Прогнозъ страданія зависитъ, прежде всего, отъ степени наслѣдственнаго предрасположенія, затѣмъ отъ степени возможности устраненія причинныхъ моментовъ и, наконецъ, отъ стадіи невроза.

Въ заключеніе главы о половой неврастеніи считаю необходимымъ замѣтить, что, кромѣ указанныхъ въ текстѣ авторовъ, интересовались этимъ-же вопросомъ и многіе другіе врачи, какъ напримѣръ: Hutchinson, Penta, Bianchi, Verhoogen, Meirowitz, Siredey, Lemesle, Fuller, Batuaud, Coe и др. Приводить однако содержаніе работъ этихъ авторовъ я считалъ излишнимъ, такъ какъ въ нихъ не заключается ничего болѣе существенно важнаго, по сравненію съ тѣмъ, что даетъ намъ приведенное выше описаніе neurasthenіae sexualis Krafft-Ebing'a.

IX.

Леченіе.

Едва-ли найдется много болѣзней, которыя требовали бы отъ врача такого вниманія, терпѣнія и сердечнаго отношенія къ больному, какъ неврастенія. При отсутствіи указанныхъ условій, трудно, даже невозможно разсчитывать на какой бы то ни было успѣхъ. Между тѣмъ, еще не такъ давно, неврастениковъ часто считали мнимо больными и полагали, что стоитъ больному лишь захотѣть взять „себя въ руки“, и все пройдетъ.

Въ настоящее время вопросъ о характерѣ неврастеніи достаточно разработанъ, чтобы не считать ее болѣзнью воображаемой, при чемъ съ очевидностью выяснился и тотъ фактъ, что серьезное и участливое отношеніе ко всѣмъ жалобамъ больного, которое проявляется врачемъ къ неврастенику, должно быть поставлено на первый планъ. Весьма важно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, правильно оцѣнить какъ жалобы, такъ и весь психическій складъ паціента и умѣть вызвать въ больномъ столь необходимое для успѣшнаго леченія довѣріе.

Только при такихъ условіяхъ, всѣ предложенные для борьбы съ неврастеніей, разнообразнѣйшіе методы и средства леченія, къ описанію которыхъ мы переходимъ, могутъ оказаться дѣйствительно цѣлесообразными.

I. Діэтетическое леченіе.

А. Питаніе.

Извѣстно, что пища, которой мы питаемся, превращается въ составныя части нашего тѣла; она въ частности представляетъ собою и тотъ матеріалъ, изъ котораго образуется наша нервная система. Поэтому можно съ нѣкоторымъ основаніемъ полагать, что въ зависимости отъ выбора питанія, отчасти можетъ быть измѣненъ составъ тѣла.

Приступая къ изложенію діэты, которую должны соблюдать лица, страдающія нервной слабостью, мы прежде всего должны заняться вопросомъ о томъ, оказываютъ-ли нѣкоторыя изъ употребляемыхъ пищевыхъ веществъ спеціально вредное вліяніе на нервную систему, и имѣютъ-ли другія изъ нихъ особыя свойства, цѣлебно дѣйствующія на нее.

По этому вопросу высказывались различныя мнѣнія, убѣдительныхъ же доказательствъ въ пользу ихъ справедливости пока еще не представлено (Löwenfeld *). Такъ, напримѣръ, англійскіе и американскіе врачи считаютъ, что обильное употребленіе жира нѣкоторыхъ породъ рыбъ, особенно трески, а также устрицъ дѣйствуетъ въ высокой степени укрѣпляющимъ образомъ на нервную систему, между тѣмъ какъ другіе врачи, не находя въ своихъ наблюденіяхъ подтвержденія высказанныхъ взглядовъ, этого мнѣнія не раздѣляютъ. Нельзя не коснуться также ученія о вегетаріанствѣ, главный контингентъ приверженцевъ котораго состоитъ изъ лицъ, незнакомыхъ съ медицинскими

---

*) Die moderne Behandlung der Nervenschwäche. Vierte umgearbeitete Auflage. 1904. Изъ всѣхъ научныхъ пособій, находившихся у меня на рукахъ, главнымъ источникомъ для IX-го отдѣла настоящей работы послужила для меня указанная книга Löwenfeld'а, заключающая въ себѣ всѣ новѣйшіе способы и пріемы леченія неврастеніи.

науками. Вегетаріанцы считаютъ мясо веществомъ раздражающимъ, которое, по ихъ убѣжденію, влечетъ за собою повышенную потребность въ острыхъ и пряныхъ веществахъ, въ особенности въ спиртныхъ напиткахъ; оно служитъ причиной всевозможныхъ недуговъ, неблагопріятно дѣйствуетъ на внѣшній видъ человѣка, который преждевременно старѣетъ; дѣлаетъ его суровымъ, вспыльчивымъ, страстнымъ и т. д.. Если бы дѣло дѣйствительно обстояло такъ, какъ думаютъ вегетаріанцы, то понятно, что пришлось-бы рѣшительнѣйшимъ образомъ запретить людямъ съ больными нервами употребленіе мясной пищи. Однако всѣ эти упреки, направленные противъ питанія мясомъ, никакъ не могутъ быть признаны основательными при ближайшемъ ихъ изслѣдованіи. Что мясная пища не ведетъ неизбѣжно къ употребленію спиртныхъ напитковъ, едва-ли требутъ доказательствъ, такъ какъ каждый можетъ легко въ этомъ убѣдиться на основаніи своихъ личныхъ наблюденій. Во всякомъ случаѣ умѣстно при этомъ упомянуть объ обществахъ трезвости въ Англіи и Америкѣ, члены которыхъ—никакъ не вегетаріанцы. Остальные упреки, высказываемые противъ мяса, такъ мало соотвѣтствуютъ дѣйствительности, что входить въ обстоятельный разборъ ихъ можно считать совершенно излишнимъ. Однако нельзя отрицать, что, въ нѣкоторыхъ случаяхъ неврастеніи, воздержаніе отъ мяса,—хотя бы нѣкоторое время,—можетъ оказать весьма благотворное дѣйствіе. Подобная перемѣна режима бываетъ въ особенности полезна для лицъ, употреблявшихъ мясо и спиртные напитки въ слишкомъ большомъ количествѣ. Такъ, въ зажиточныхъ кругахъ встрѣчаются больные, исполненные убѣжденія, что мясо одно лишь даетъ силы, вслѣдствіе чего они пренебрегаютъ раціонально смѣшанной пищей, и въ то-же время, по другимъ причинамъ (напримѣръ, изъ-за плохого сна) выпиваютъ значительныя количества крѣпкихъ напитковъ. При подоб-

ныхъ условіяхъ быстрая и рѣшительная перемѣна образа жизни можетъ дѣйствительно благопріятно подѣйствовать на нервные центры, подобно тому какъ это несомнѣнно замѣчается при перемѣнѣ воздуха. Точно также при хроническихъ церебрастеническихъ состояніяхъ, сопровождающихся сильными головными болями, половымъ раздраженіемъ и, въ особенности, черезмѣрно частыми поллюціями, упомянутая діэта приноситъ замѣтную пользу у хорошо упитанныхъ субъектовъ.

Theilhaber, примѣнявшій въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ въ своей практикѣ вегетаріанскую діэту, замѣчаетъ, что посредствомъ подобной діэты возможно достигнуть хорошихъ результатовъ при неврозахъ мочевого пузыря, при безсонницѣ, при нервныхъ головныхъ боляхъ и, въ особенности, при нервныхъ страданіяхъ женщинъ, сопровождающихъ климактерическій періодъ. О пользѣ вегетаріанской діэты при нервной безсонницѣ упоминаетъ также Senator. Особеннаго вниманія заслуживаютъ наблюденія Theilhaber'а, согласно которымъ употребленіе вегетаріанской пищи предупреждаетъ появленіе климактерическихъ разстройствъ, наступающихъ часто вслѣдъ за экстирпаціей матки и яичниковъ.

Что касается наблюденій Löwenfeld'а надъ дѣйствіемъ вегетаріанской или—точнѣе—безмясной діэты на нервныя страданія, то они были произведены не только надъ лицами, которымъ этотъ режимъ былъ прописанъ самимъ авторомъ, но и надъ паціентами, которые уже раньше, чѣмъ обратиться къ Löwenfeld'у, стали приверженцами вегетаріанства подъ вліяніемъ соотвѣтствующихъ статей или убѣжденій близкихъ людей. Изъ послѣдняго рода паціентовъ, почти всѣ увѣряли, что, первое время, они чуствовали себя значительно лучше и замѣчали, при этомъ, особое благотворное вліяніе діэты на психическое состояніе и на способ-

ность къ труду. Въ большинствѣ случаевъ однако, благотворное дѣйствіе этой діэты оказывалось весьма не продолжительнымъ, вслѣдствіе чего и приходилось отъ нея отказываться. Восторженный приверженецъ и апостолъ вегетаріанства, извѣстный живописецъ Dieffenbach, подъ вліяніемъ подобнаго режима, довелъ свое здоровье до отчаяннаго состоянія и, по словамъ автора, погибъ бы, если бы не согласился, по крайней мѣрѣ на время, отступить отъ своихъ вегетаріанскихъ принциповъ.

Какъ бы ни были цѣнны услуги вегетаріанства въ отдѣльныхъ случаяхъ, однако, при неврастеніи, истеріи и сродныхъ страданіяхъ, смѣшанная пища, съ значительной примѣсью зелени, должна считаться болѣе всего подходящей. Въ такомъ смыслѣ высказывается большинство авторовъ, совѣтуя не забывать и о молокѣ (Sharp, Kiernan, Krafft-Ebing и многіе др.). Послѣдній пишетъ, между прочимъ, что еслибы намъ пришлось для неврастеника сдѣлать выборъ между исключительно мясной и вегетаріанской пищей, то было бы необходимо остановиться на послѣдней, какъ на меньшемъ изъ двухъ золъ, хотя, впрочемъ, растительная пища можетъ временно оказаться даже очень полезной, какъ напримѣръ, при тяжелой церебрастеніи, сопровождаемой мучительными головными болями. Идеальнымъ же питаніемъ для неврастеника, по мнѣнію автора, было бы сочетаніе растительнаго бѣлка (горохъ, чечевица, фасоль въ видѣ пюре), яицъ и молока въ обильномъ количествѣ.

Соглашаясь съ тѣмъ, что смѣшанная пища должна быть признана наиболѣе подходящей, необходимо однако не забывать, что количество и составъ этой пищи должны соотвѣтствовать особенностямъ каждаго отдѣльнаго случая, главнымъ образомъ, состоянію общаго питанія и пищеварительныхъ органовъ. У лицъ, хорошо упитанныхъ, съ нор-

мальной функціей пищеварительныхъ органовъ, регулированіе діэты не требуетъ особыхъ мѣръ, и необходимо лишь, чтобы пища давалась всегда удобоваримая и не въ слишкомъ большомъ количествѣ. Питаніе болѣе частое, въ меньшемъ количествѣ, предпочтительнѣе питанію менѣе частому, но въ большемъ количествѣ. Обильное употребленіе свѣжей зелени и фруктовъ обычно оказывается весьма желательнымъ, въ особенности для того, чтобы достигнуть свободнаго испражненія, что весьма важно для больныхъ. Пріемъ пищи долженъ производиться въ опредѣленные часы и не торопясь, послѣ чего слѣдуетъ тщательно избѣгать умственныхъ напряженій и утомительныхъ физическихъ движеній.

Что касается чая и кофея, то Löwenfeld считаетъ совершенное ихъ запрещеніе, при неврастеніи, излишней и, неоправдываемой опытомъ, жестокостью. Чашка легкаго кофе или некрѣпкаго чаю не могутъ оказаться вредными. Преувеличиваетъ нѣсколько ихъ вредное вліяніе Riesman, который считаетъ, что почти во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ избѣгать какъ кофе, такъ и чай.

Безусловное воспрещеніе напитковъ этихъ можетъ быть признано необходимымъ лишь при наличности чрезмѣрной нервной раздражительности. Спеціально кофе подлежитъ запрещенію въ тѣхъ случаяхъ, когда отмѣчаются явленія нервной сердечной слабости.

Большей заботливости о діэтѣ, чѣмъ упомянутые выше неврастеники, требуютъ люди худые, плохо упитанные, малокровные и физически истощенные, которые, къ тому-же, нерѣдко страдаютъ и отсутствіемъ аппетита. Можно сказать, что, безъ поднятія ихъ общаго питанія, едва-ли будетъ достигнуто болѣе или менѣе прочное возстановленіе ихъ здоровья; вмѣстѣ съ тѣмъ не слѣдуетъ забывать, что одно лишь поднятіе питанія, само по себѣ, еще не всегда доста-

точно для устраненія нервнаго разстройства. Многое зависитъ отъ того, въ какомъ отношеніи находится пониженное питаніе къ наблюдаемымъ нервнымъ разстройствамъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда неврастеническія или истерическія состоянія развились на почвѣ ослабленнаго питанія, вызваннаго болѣзнями или неблагопріятными внѣшними условіями,—то усиленное питаніе, по мѣрѣ увеличенія вѣса тѣла больного, приводитъ вмѣстѣ съ тѣмъ и къ ослабленію болѣзненныхъ симптомовъ. Не то будетъ у больныхъ, у которыхъ нервное заболѣваніе составляетъ явленіе первичное, общее же ухудшеніе питанія развилось вторично; въ подобномъ случаѣ, употребленіе обильной пищи можетъ и не дать еще желаемаго результата; Löwenfeld наблюдалъ даже такихъ больныхъ, аппетитъ которыхъ былъ болѣе чѣмъ нормаленъ, и которые поѣдали огромное количество пищи, между тѣмъ здоровье не поправлялось, и не отмѣчалось также повышенія ихъ общаго питанія.

Замѣчу, что въ отдѣльныхъ случаяхъ, не смотря на слабость больного, слѣдуетъ удерживать его отъ обильнаго принятія пищи, которая можетъ оказаться вредной,—бываетъ даже полезнымъ временно ограничить его питаніе (Vigouroux, Collineau и др.).

Вообще нужно помнить, что для того, чтобы пища оказывала благопріятное дѣйствіе на общее питаніе, слѣдуетъ прежде всего стараться устранить,—по мѣрѣ возможности,— причины, вредно вліяющія на нервную систему (умственное переутомленіе, огорченія, заботы и т. д.).

Діэтетическая задача, которую мы, въ общемъ, должны стараться выполнить по отношенію къ плохо упитаннымъ больнымъ, заключается въ частомъ, но не обильномъ ихъ кормленіи, при чемъ мясныя блюда не должны очень превалировать въ ихъ меню, а въ надлежащей мѣрѣ смѣшиваться и чередоваться съ жирами и углеводами. Чтобы при

этомъ поступать раціонально и вполнѣ правильно, необходимо, въ особо тяжелыхъ случаяхъ, заранѣе установить то количество бѣлка, жиру и углеводовъ, которые желательно давать больному, и затѣмъ разсчесть, подъ видомъ какихъ съѣстныхъ припасовъ соотвѣтствующее количество лучше всего можетъ быть даваемо паціенту. Частота пріемовъ пищи должна сообразоваться съ потребностью больного въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, при чемъ особое вниманіе слѣдуетъ обращать на то, въ какой степени и какъ часто у неврастеника наступаютъ состоянія общей слабости. Вслѣдствіе этого иногда необходимо давать больному ѣсть ежечасно, иногда же черезъ каждые 2-3 часа, но въ нѣсколько большемъ количествѣ. Для возбужденія аппетита слѣдуетъ заботиться и о соотвѣтствующемъ разнообразіи блюдъ, а въ случаѣ надобности, могутъ быть съ пользой примѣняемы и закуски (устрицы, икра, ветчина и нѣкоторые сорта копченаго мяса, дичь, и извѣстные сорта копченой и маринованной рыбы). Также полезно давать такимъ больнымъ удобоваримую пищу и ночью (молоко и въ особенности яйца въ смятку) ввиду того, что неполученіе ими пищи въ теченіе долгаго времени, легко можетъ повести къ значительному ухудшенію ихъ состоянія.

Для особенно истощенныхъ и малокровныхъ больныхъ, главнымъ образомъ для женщинъ, рѣзко исхудавшихъ и ослабѣвшихъ вслѣдствіе весьма продолжительнаго недостаточнаго питанія, W e i r M i t c h e l l разработалъ способъ леченія, главная задача котораго состоитъ въ достиженіи увеличенія вѣса тѣла путемъ усиленнаго, форсированнаго кормленія. Въ Европѣ этотъ способъ леченія впервые испытанъ на нѣкоторомъ числѣ больныхъ P l a y f a i r'омъ, который призналъ его вполнѣ цѣлесообразнымъ. Такъ какъ этотъ способъ леченія заслуживаетъ того, чтобы съ нимъ ознакомиться болѣе основательно, и примѣненіе его требуетъ, независимо

отъ своеобразной діэты, цѣлаго ряда другихъ лечебныхъ пріемовъ, то подробности объ упомянутомъ методѣ будутъ изложены нѣсколько ниже.

У больныхъ указанной выше категоріи возможно, для поднятія силъ, пользоваться съ успѣхомъ и искусственными питательными препаратами, приготовленіемъ которыхъ, за послѣднее время, занимается съ особымъ усердіемъ химическая промышленность. Изъ чрезвычайно большого числа препаратовъ, которые, въ настоящее время, находятся въ продажѣ, мы можемъ однако указать только на немногіе, которые, повидимому, заслуживаютъ особаго вниманія.

Больше всего употребляются соматоза, санатогенъ и тропонъ. Соматоза, содержащая приблизительно 89% альбумозъ, немного пептона и питательныхъ мясныхъ солей, представляетъ собою буроватый порошокъ, не непріятнаго вкуса, который въ малыхъ дозахъ (10-15 граммъ въ день) нерѣдко возбуждаетъ аппетитъ. Большія дозы могутъ вызвать поносъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда желательно бываетъ назначеніе желѣза, то, вмѣсто простого препарата соматозы, рекомендуется желѣзная соматоза, которая заключаетъ въ себѣ 2% желѣза, связаннаго съ бѣлкомъ.

Санатогенъ, представляющій собой смѣсь казеина и глицерино-фосфорно-кислаго натрія, есть бѣлый порошокъ, нѣсколько непріятнаго вкуса, содержащій 95% бѣлка и 5% глицерино-фосфорнокислаго натрія. Примѣняется онъ въ бо̀льшихъ дозахъ, нежели соматоза, при чемъ дѣйствіе этого препарата часто сказывается въ ясномъ повышеніи общаго питанія тѣла.

Тропонъ, сѣро-бурый, почти безвкусный порошокъ, состоящій изъ $^1/_3$ животнаго и $^2/_3$ растительнаго бѣлка, заслуживаетъ вниманія благодаря своей необыкновенной дешевизнѣ.

Своей дешевизной и удобоваримостью обращаетъ на

себя вниманіе и роборатъ,—препаратъ, состоящій изъ чистой хлѣбной бѣлковины съ примѣсью 1% лецитина.

Въ случаяхъ, гдѣ замѣчается рѣзкое малокровіе и желудокъ требуетъ осторожнаго къ нему отношенія, примѣняются часто съ безспорнымъ успѣхомъ препараты гемоглобина. Изъ значительнаго числа относящихся сюда препаратовъ, заслуживаютъ упоминанія: жидкій гематогенъ Hommel'я и изготовляемый, ввидѣ порошка, роборинъ. Гематогенъ этотъ, значительно улучшенный въ отношеніи вкуса, принимается по 2-3 столовыхъ ложки въ день; роборинъ дается нѣсколько разъ въ день по ½ чайной ложки.

Въ новѣйшее время, вниманіе цѣлаго ряда врачей обращено на лецитинъ,—съ одной стороны, вслѣдствіе высокаго въ немъ содержанія фосфора, играющаго столь важную роль въ жизни клѣтокъ какъ животнаго, такъ и растительнаго царства,—съ другой стороны, изъ-за высокаго содержанія лецитина въ мозгу и, въ особенности, въ сѣромъ его веществѣ. Fürst, исходя изъ предположенія, что состоянія церебральнаго истощенія зависятъ отъ обѣднѣнія мозга лецитиномъ, давалъ въ теченіе довольно продолжительнаго времени, въ извѣстномъ числѣ случаевъ, лецитинъ и убѣдился въ благотворномъ его дѣйствіи. Согласно его сообщенію, по истеченіи 6—8 недѣль наступало улучшеніе аппетита и общаго питанія, въ особенности же мозговой дѣятельности. Fürst пользовался пилюлями, изготовляемыми Clin и Comp. (у взрослыхъ 3 раза въ день по 2 пил.). Точно также имѣются благопріятные отзывы о дѣйствіи лецитина со стороны французскихъ и итальянскихъ врачей. По наблюденію Löwenfeld'а, пилюли Clin'а, у неврастениковъ, не даютъ особыхъ результатовъ, если не считать нѣкотораго увеличенія аппетита. Во всякомъ случаѣ онъ полагаетъ, что дальнѣйшіе опыты съ лецитиномъ, въ особенности у невра-

стениковъ съ плохимъ общимъ питаніемъ, заслуживаютъ поощренія.

Единичными врачами лецитинъ былъ примѣняемъ также ввидѣ подкожныхъ инъекцій; въ самое новѣйшее время, химическая фабрика J. D. Riedel, подъ названіемъ лецитола, приготовляемаго изъ яичнаго желтка, выпустила препаратъ лецитина, употребляемаго въ видѣ пилюль и маслянаго раствора.

Подобное-же дѣйствіе, какъ и лецитину, приписывается соединенію фосфора съ бѣлкомъ, соединенію изготовляемому химическою фабрикой Hoffmann-La Roche и Comp. и выпущенное въ продажу подъ названіемъ Protylin-Roche; содержитъ оно 2,6% фосфора и 81% бѣлка. Переваривается препаратъ этотъ при посредствѣ панкреатическаго сока; желудочный же сокъ на него не дѣйствуетъ, что по наблюденіямъ Левенфельда у неврастениковъ можетъ повести къ желудочнымъ разстройствамъ.

Хотя и не всегда, но все-же довольно часто, требуютъ внимательнаго отношенія къ діэтѣ—явленія нервной диспепсіи. Наблюденія многихъ врачей доказываютъ, что желудочныя страданія неврастениковъ не могутъ быть устранены однимъ лишь лекарственнымъ леченіемъ, леченіемъ минеральными водами или одной лишь діэтой, хотя бы даже самой строгой. Весьма часто приходится видѣть, что больные, пользуясь отборной, легкой пищей, продолжаютъ жаловаться на диспептическія разстройства, между тѣмъ какъ случайно, послѣ обильнаго обѣда или ужина, состоящаго изъ разныхъ неудобоваримыхъ блюдъ, они чувствуютъ себя вполнѣ хорошо. Подобное, какъ-бы капризное, поведеніе желудка побудило нѣкоторыхъ наблюдателей (напр. Dowse и Richter'а) предположить, что, при нервной диспепсіи, всякая боязнь въ отношеніи выбора пищи совершенно излишняя, необходимо лишь обращать вниманіе на

то, чтобы пища была смѣшанной и въ достаточномъ количествѣ. Взглядъ этотъ имѣетъ безспорно свое основаніе, однако примѣнимъ только къ болѣе легкимъ, кратковременнымъ случаямъ нервной диспепсіи. При послѣднихъ оказывается обыкновенно достаточнымъ устраненіе причины, чтобы исчезли упомянутыя разстройства. Такъ, напр., временный отдыхъ, пребываніе въ горахъ, или на берегу моря влечетъ за собою у людей, умственно переутомленныхъ, исчезновеніе чувства давленія въ головѣ, а также желудочныхъ разстройствъ безъ всякой особой діэты. Даже у людей, страдавшихъ цѣлые годы нервной диспепсіей, мы видимъ благотворные результаты отъ измѣненія обычныхъ житейскихъ условій; такъ, напр., нерѣдко горожане, поселившись въ деревнѣ и пользуясь при этомъ соотвѣтственнымъ умственнымъ отдыхомъ, перестаютъ жаловаться на явленія нервной диспепсіи и могутъ переносить самыя тяжелыя кушанья, въ то время, какъ дома безпрестанно выражаютъ различныя жалобы; то-же бываетъ и съ деревенскими жителями, переселившимися въ городъ. Къ сожалѣнію нѣтъ возможности удалить всѣхъ страдающихъ нервной диспепсіей изъ окружающей неблагопріятной для нихъ обстановки; кромѣ того, устраненіе причинныхъ моментовъ, проживаніе въ деревнѣ и т. п. никакъ не вліяютъ на столько быстро, чтобы можно было совершенно не обращать вниманія на количество и качество принимаемой пищи; вслѣдствіе этого, у многихъ подобныхъ больныхъ, въ особенности же у страдающихъ уже долгое время желудкомъ при явленіяхъ сильнаго похудѣнія, предусмотрительное регулированіе діэты должно быть признано вполнѣ умѣстнымъ. Въ болѣе серьезныхъ случаяхъ такого рода, пока еще не имѣется признаковъ постояннаго разстройства въ химизмѣ желудочнаго пищеваренія въ томъ или другомъ направленіи, лучше всего, по крайней мѣрѣ первоначально, позволять

только молоко и нѣкоторыя молочныя блюда (также кефиръ), яица въ смятку, наскобленную сырую ветчину или сырой бифштексъ, жареное или тушеное нежирное мясо, удобоваримую зелень въ мелко нарѣзанномъ видѣ, или-же въ видѣ пюре, вареные фрукты, рисовую и манную кашу и немного только бѣлаго хлѣба или сухарей; лишь съ постепеннымъ улучшеніемъ состоянія, позволительно разрѣшать болѣе грубыя и менѣе тщательно подобранныя кушанья.

Если же въ наличности имѣются болѣе или менѣе стойкія разстройства химизма желудочнаго пищеваренія, какъ-то, повышеніе или пониженіе кислотности, то необходимо съ этимъ строго сообразоваться при выборѣ пищи. При повышенной кислотности, страдаетъ перевариваніе углеродовъ и жировъ, между тѣмъ какъ перевариваніе бѣлковъ происходитъ нормальнымъ образомъ. При отсутствіи кислотности или ея недостаточности, нарушается, напротивъ того, перевариваніе бѣлковъ. Указанныя аномаліи пищеваренія не даютъ повода однако къ устраненію смѣшанной пищи. Слѣдуетъ только, при повышенной кислотности, ограничить количество крахмалистыхъ веществъ и позаботиться о возмѣщеніи обыкновеннаго хлѣба болѣе декстринированными печеніями (сухарями). Точно также позволительны и хорошіе жиры (коровье масло и т. п.). Для того, чтобы возмѣстить потерю въ углеводахъ и, по возможности, связать избытокъ соляной кислоты, необходимо увеличить пищу, богатую бѣлковыми веществами (мясо, въ частности его плотные сорта, рыба и яйца). Кромѣ того, слѣдуетъ обратить вниманіе на то, чтобы помѣшать воздѣйствію очень кислаго желудочнаго сока на стѣнки самаго желудка, чего можно достигнуть, не оставляя желудка пустымъ на болѣе продолжительное время. При недостаточномъ количествѣ кислоты, или же полномъ ея отсутствіи, перевариваніе бѣлковъ, съ которымъ не въ состояніи справиться желудокъ,

можетъ принять на себя двѣнадцатиперстная кишка, такъ что при подобномъ секреторномъ разстройствѣ, устраненіе мяса и другихъ богатыхъ бѣлками веществъ не является необходимостью. Во всякомъ случаѣ, рекомендуется нѣкоторое ограниченіе мясныхъ блюдъ и употребленіе исключительно нѣжныхъ сортовъ мяса, приготовленныхъ возможно мягко. Иногда полезно прибавленіе пептоновъ. Слѣдуетъ также ограничить количество жировъ, чтобы ослабить наступленіе процессовъ броженія въ желудкѣ, чему способствуетъ недостатокъ соляной кислоты. Въ это же время могутъ быть дозволяемы въ достаточномъ количествѣ и пряности, такъ какъ послѣднія способствуютъ усиленію отдѣленія желудочнаго сока. Понятно, что, при повышенной кислотности, употребленіе острыхъ пряностей должно быть совершенно запрещаемо.

Здѣсь же полезно отмѣтить, что взгляды, касающіеся вопроса о томъ, какая діэта болѣе всего показана при разстройствахъ химизма желудочнаго пищеваренія, еще расходятся между собой. Такъ, нѣкоторые клиницисты назначаютъ, при повышенной кислотности, молочно-растительную діэту, и запрещаютъ мясо, такъ какъ послѣднее вызываетъ обильное отдѣленіе желудочнаго сока.

Въ числѣ задачъ, которыя должны быть выполнены у неврастениковъ путемъ діэтическимъ, важную роль играетъ леченіе тучности. При этомъ, врачъ нерѣдко долженъ противодѣйствовать слишкомъ энергичному устраненію полноты, которое, какъ это часто бываетъ у женщинъ, зависитъ отъ непомѣрной заботы о своей наружности. Печальные результаты, полученные въ самый разгаръ леченія тучности въ 80-тыхъ годахъ прошлаго столѣтія, въ достаточной мѣрѣ убѣдили насъ, что всякаго рода форсированное, въ этомъ направленіи, леченіе сопряжено съ значительной опасностью. Löwenfeld увѣряетъ, что, въ теченіе своей практики, онъ

наблюдалъ немало случаевъ, когда подъ вліяніемъ леченія тучности, развилась или значительно усилилась неврастенія. Особенной предосторожности требуетъ полнота, соединенная съ малокровіемъ (такъ называемая анемичная форма тучности), которая такъ часто встрѣчается у многихъ нервныхъ женщинъ. У послѣдняго рода больныхъ важно не столько устраненіе лишняго жира, сколько улучшеніе качества крови. Вслѣдствіе этого, количество пищи не должно быть слишкомъ ограничено. Одновременно съ доставленіемъ достаточнаго количества альбуминатовъ, необходимо давать больнымъ по крайней мѣрѣ столько жировъ и углеводовъ, чтобы необходимое количество бѣлковъ было воспринимаемо безъ особыхъ затрудненій. Ограниченіе напитковъ не должно доходить до того, чтобы больной испытывалъ жажду. Переходъ къ діэтѣ долженъ быть совершаемъ постепенно. Во время леченія требуется безпрерывное наблюденіе за больными, и, въ случаѣ появленія признаковъ общей или сердечной слабости, оно должно быть немедленно прекращаемо. Подобнаго же контроля и постояннаго наблюденія за состояніемъ здоровья паціентовъ требуетъ леченіе и другихъ видовъ полноты.

Полезно, при леченіи тучности малокровныхъ неврастениковъ, одновременно назначать различные, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, болѣе подходящіе препараты желѣза. Обыкновенно рекомендуется избѣгать энергичнаго леченія полноты въ Карльсбадѣ, Маріенбадѣ и т. п. въ виду того, что сплошь да рядомъ оно вредно отзывается на неврастеникахъ.

В. Алкоголь и табакъ.

По вопросу о томъ, какъ относиться къ употребленію спиртныхъ напитковъ при неврастеніи, мнѣнія врачей, до настоящаго времени, расходятся. Въ то время, какъ въ Англіи

и въ Соединенныхъ Штатахъ уже давно многіе врачи запрещаютъ при нервныхъ страданіяхъ алкоголь подъ какимъ бы то ни было видомъ,—въ Германіи, до самаго послѣдняго времени, большинство врачей, проявляли въ этомъ отношеніи равнодушіе и не возставали противъ употребленія алкоголя. Между тѣмъ, подобное равнодушіе не можетъ быть оправдываемо съ какой бы то ни было научной точки зрѣнія. Антиалкогольное движеніе, которое въ послѣдніе годы стало, къ счастью, обнаруживаться въ Германіи и обратило на себя вниманіе всѣхъ образованныхъ людей, оказалось не безъ благотворнаго вліянія на взгляды и практическіе пріемы врачей. Врачи, не признававшіе за алкоголемъ какого бы то ни было особо вреднаго дѣйствія, стали осторожнѣе. Во всякомъ случаѣ, и теперь еще, въ алкогольномъ вопросѣ, врачи дѣлятся на два лагеря. О вредѣ частаго или вошедшаго въ привычку употребленія довольно значительнаго количества алкоголя, — уже не спорятъ. Разница во взглядахъ касается лишь употребленія меньшихъ дозъ алкоголя. Приверженцы полнаго воздержанія отъ алкоголя утверждаютъ, что обычное употребленіе незначительнаго количества алкоголя уже вредно отражается на здоровьѣ. При этомъ особенно указываютъ на статистическія данныя нѣкоторыхъ англійскихъ обществъ страхованія жизни. Тѣмъ не менѣе большинство врачей и даже корифеевъ медицинской науки придерживаются взгляда, что умѣренное употребленіе алкоголя не приноситъ вреда здоровому человѣку.

По мнѣнію Löwenfeld'а и такъ называемое умѣренное употребленіе алкоголя—не безъ вреда для здоровья; однако до настоящаго времени вопросъ этотъ не вполнѣ можетъ считаться доказаннымъ.

У истощенныхъ неврастениковъ (Krafft-Ebing) едва ли возможно обойтись безъ спиртныхъ напитковъ. Вообще

же они могутъ считаться излишними, хотя и безвредны въ маломъ количествѣ. Прекраснымъ изобрѣтеніемъ виннаго производства является шампанское, приготовляемое съ кокаиномъ, которое можетъ временно поднять нервную энергію у лицъ, уставшихъ отъ веселой жизни, но которое едва-ли можетъ быть примѣняемо у кровати больного.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда вино употребляется, то слѣдуетъ его пить лишь во время ѣды. Скорѣе можно рекомендовать пиво, которое, будучи выпито на ночь, иногда способствуетъ сну.

Многіе неврастеники очень высоко цѣнятъ коньякъ и нѣкоторыя крѣпкія вина въ виду того, что они разгоняютъ различные страхи и состоянія слабости паціентовъ. Во всякомъ случаѣ, совѣтовать спиртные напитки больнымъ— крайне рисковано, такъ какъ легко можетъ развиться алкоголизмъ, къ которому вообще довольно склонны неврастеники.

Для неврастениковъ Löwenfeld считаетъ въ высокой степени желательнымъ полное воздержаніе; только этимъ путемъ удается избѣгнуть случайныхъ пріемовъ большого количества алкоголя, безспорно вредно дѣйствующаго на организмъ.

Абсолютно запрещаетъ примѣненіе алкоголя, въ какихъ бы то ни было случаяхъ, Kothe.

Чтобы воздержаніе отъ алкоголя могло оказаться вреднымъ, едва ли можно себѣ представить, впрочемъ послѣднее, при нашихъ нынѣшнихъ условіяхъ жизни, не всегда легко выполнимо. Пребываніе въ обществѣ, отъ котораго мы не въ правѣ удерживать нашихъ паціентовъ, бываетъ, къ сожалѣнію, иногда сопряжено съ такими условіями, когда приходится выпить по принужденію; напитки, которые не содержатъ въ себѣ алкоголя и могутъ до нѣкоторой степени замѣнять вино и пиво, далеко не вездѣ имѣются, такъ что,

въ отдѣльныхъ случаяхъ, въ виду исключительныхъ условій, больные поддаются уговорамъ и выпиваютъ лишнее.

Бываютъ однако условія, когда полнѣйшее воздержаніе дѣлается необходимымъ. Сюда относятся прежде всего случаи, касающіеся такихъ паціентовъ, которые уже причинили себѣ вредъ злоупотребленіемъ спиртныхъ напитковъ, или-же такихъ больныхъ, которые обнаруживаютъ признаки невыносливости алкоголя, т. е., на которыхъ малѣйшее количество напитковъ рѣзко отражается. Весьма часто алкоголики, еще до того какъ обратиться къ врачу, сами приходятъ къ сознанію, что привычка ихъ пагубно дѣйствуетъ на ихъ здоровье, вслѣдствіе чего они начинаютъ, безъ посторонняго воздѣйствія, удерживаться въ нѣкоторой степени отъ спиртныхъ напитковъ. Имѣя дѣло съ подобнымъ добровольнымъ воздержаніемъ, необходимо однако настаивать на томъ, чтобы оно сдѣлалось полнымъ, такъ какъ только, при такомъ условіи, можно разсчитывать на то, что больной не начнетъ снова пить.

Такимъ-же образомъ должны поступать лица, у которыхъ обнаруживаются признаки застарѣлой церебрастеніи, или явленія вазомоторной неврастеніи. Употребленіе малѣйшихъ количествъ алкоголя вызываетъ ухудшеніе ихъ состоянія. Точно также полезно полное воздержаніе для лицъ, страдающихъ половой неврастеніей, такъ какъ обычный пріемъ даже не большихъ дозъ алкоголя—въ состояніи оказывать неблагопріятное вліяніе на имѣющіяся у нихъ разстройства.

Что касается вліянія куренія (т. е. табака) на людей, страдающихъ нервами, то оно нѣсколько иное, нежели вліяніе алкоголя, хотя, впрочемъ, дѣлалась попытка поставитъ табакъ и алкоголь на одну доску, въ отношеніи вреднаго дѣйствія ихъ на здоровье большинства людей. Называли табакъ народнымъ ядомъ.—ядомъ, къ которому можно, какъ и къ алкоголю, до нѣкоторой степени привыкнуть, но кото-

рый все-же съ теченіемъ времени проявляетъ опасное для здоровья дѣйствіе.

По поводу куренія, возможно съ увѣренностью сказать, что непомѣрное злоупотребленіе табакомъ, безъ сомнѣнія, пагубно отражается на нервной системѣ, вызываетъ разстройства въ сердечной дѣятельности, сердцебіеніе, перебои, а также особое безпокойство и пониженіе аппетита. При усиленномъ куреніи, въ особенности папиросъ, къ вредному дѣйствію табака присоединяется еще вредное вліяніе бумаги. Часто при этомъ можно наблюдать у больныхъ, кромѣ явленій со стороны сердца, симптомы тяжелой диспепсіи, а иногда даже припадки gastroxynsis. Противъ подобнаго злоупотребленія табакомъ, врачъ долженъ всегда протестовать самымъ энергичнымъ образомъ, при чемъ гораздо раціональнѣе и легче—заставить больного совершенно отказаться отъ куренія, чѣмъ уменьшать количество выкуриваемыхъ имъ папиросъ.

Особенно привѣтствовать должно недавно удавшіяся попытки обезвредить куреніе уменьшеніемъ содержащагося въ табакѣ никотина. Вкусъ табака отъ этого нисколько не измѣняется; очевидно достаточными оказываются минимальные безвредные остатки никотина, способные однако пріятно дѣйствовать на нервную систему.

Фабрика сигаръ Schliebs'a въ Бреславлѣ достигаетъ оздоровленія табака особыми ею выработанными пріемами; такіе же результаты получаетъ и фабрика H. O. Wendt'a въ Бременѣ, пользуясь способомъ изобрѣтеннымъ профессоромъ Gerhold'омъ. Состоитъ этотъ способъ въ томъ, что вслѣдствіе пропитыванія табака таниномъ, къ которому прибавленъ extr. origani vulgaris, никотинъ связывается и становится безвреднымъ. Табакъ, послѣ обработки вышеуказанными фабриками, можетъ считаться относительно безвреднымъ и весьма при-

годнымъ къ употребленію лицами, страдающими нервами (Krafft-Ebing).

Подобно тому, какъ съ одной стороны вполнѣ выяснено, что табакъ въ большомъ количествѣ вредитъ здоровью, такъ съ другой—не подлежитъ сомнѣнію, что умѣренное куреніе переносится весьма многими лицами безъ всякаго для нихъ ущерба. И не только это! Умѣренное употребленіе табака можетъ даже оказаться въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ полезнымъ. Куреніе у многихъ людей ослабляетъ повышенную нервную возбудимость и способствуетъ тому, что состояніе непріятнаго безпокойства смѣняется пріятнымъ душевнымъ настроеніемъ.

Наряду съ успокаивающими свойствами, табакъ обладаетъ также качествами стимулирующими: онъ въ состояніи повышать умственную работоспособность и физическую выносливость и, въ нѣкоторомъ смыслѣ, является какъ бы суррогатомъ питательныхъ веществъ. У многихъ лицъ табакъ вліяетъ благотворно и на процессъ пищеваренія и на дефекацію. Такимъ образомъ, едва-ли должно считать необходимымъ запрещать куреніе неврастеникамъ во всѣхъ, безъ исключенія, случаяхъ.

Ограниченіе куренія бываетъ однако весьма желательнымъ: больные должны употреблять лишь легкія сигары, и легкія папиросы, при томъ не болѣе нѣсколькихъ штукъ въ день. Полный запретъ будетъ умѣстенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣются на лицо нервныя разстройства сердечной дѣятельности, или расположеніе къ нимъ, когда куреніе, какъ выше было сказано, влечетъ за собою непріятныя послѣдствія, и наконецъ когда больной страдаетъ тяжелой формой neurasthenia cerebralis и neurasthenia gastrica.

C. Сонъ, занятія, обстановка и половое общеніе.

При регулированіи образа жизни слѣдуетъ обращать вниманіе не только на питаніе, но и на сонъ больныхъ, тѣмъ болѣе, что послѣдній у неврастениковъ и истеричныхъ оказывается сплошь да рядомъ ненормальнымъ въ томъ или другомъ отношеніи. Правда, иногда нѣкоторые паціенты преувеличиваютъ степень разстройства ихъ сна, но зато другіе такъ мало обращаютъ на это вниманіе, что даже не считаютъ нужнымъ заявлять о томъ, что они плохо спятъ. Какъ бы то ни было, т. е. оказывается ли сонъ достаточнымъ, или нѣтъ, необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы больные, при своемъ образѣ жизни, избѣгали всего вредно отражающагося на ихъ снѣ. Паціенты должны пріучить себя ложиться въ строго опредѣленное время и передъ сномъ воздерживаться отъ всякой напряженной умственной работы, которая вызываетъ невольное продолженіе мыслительныхъ процессовъ еще и послѣ того, какъ больной легъ въ кровать. Употребленіе кофея или чая послѣ обѣда, при плохомъ снѣ, слѣдуетъ въ общемъ избѣгать.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится встрѣчаться со склонностью къ непомѣрно продолжительному сну; тутъ намъ необходимо рѣшать вопросъ о томъ, въ какой степени больнымъ полезно слѣдовать своей наклонности. По наблюденіямъ Löwenfeld'а никоимъ образомъ не должно заставлять паціентовъ уменьшать продолжительность ихъ сна, если только онъ оказываетъ благотворное вліяніе на ихъ самочувствіе. При подобныхъ условіяхъ, сонъ можетъ прямо таки служить цѣлебнымъ для нихъ средствомъ. Если-же больные, проспавъ много часовъ глубокимъ свинцовымъ сномъ, утромъ чувствуютъ себя уставшими, разбитыми и съ тяжелой головой, то лучше ограничить время сна опредѣленнымъ числомъ часовъ.

Весьма важное значеніе, кромѣ сна, имѣетъ также родъ обычныхъ занятій больныхъ. Здѣсь прежде всего возникаетъ вопросъ, какъ мы должны относиться къ выполненію нашими паціентами ихъ служебныхъ—профессіональныхъ занятій. При всѣхъ тяжелыхъ состояніяхъ истощенія, какова бы ни была ихъ причина, безусловно становится необходимымъ оставленіе этихъ занятій. Въ подобныхъ случаяхъ, затрата душевныхъ и тѣлесныхъ силъ, которая требуется для выполненія всякаго рода службы или профессіи, способствуетъ лишь окончательному закрѣпленію и даже ухудшенію болѣзни. Для поправленія здоровья, такіе паціенты должны на болѣе или менѣе продолжительное время, а нѣкоторые—на всегда, отказаться отъ своихъ занятій.

У лицъ, еще способныхъ работать, перерывъ ихъ дѣятельности, по крайней мѣрѣ на короткій срокъ, нуженъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, при которыхъ самъ родъ занятій служитъ причиной нервнаго разстройства, или препятствуетъ примѣненію какого бы то ни было леченія; такимъ образомъ, временный перерывъ необходимъ для переутомившихся умственной работой,—для лицъ, занятіе которыхъ по своему характеру требуетъ постояннаго волненія и утомленія и, наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ требуется чрезмѣрное напряженіе отдѣльныхъ нервныхъ областей (постоянное утомленіе глазъ, продолжительное стояніе на ногахъ и т. п.).

Та роль, которую у мужчинъ (отчасти и у женщинъ) играютъ,—какъ причина возникновенія нервной слабости,—профессіональныя занятія, у многихъ женщинъ падаетъ на домашнія хлопоты, связанныя съ многочисленными и различными заботами и непріятностями.

Не смотря на то, что отдыхъ безспорно приноситъ пользу, врачъ, прежде чѣмъ настаивать на необходимости прекращенія служебныхъ, или домашнихъ обязанностей, долженъ

въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ тщательно взвѣсить всѣ условія, окружающія пацiента. Такъ, для людей не обезпеченныхъ, перерывъ въ занятіяхъ равносиленъ разоренію а для нѣкоторыхъ—даже уничтоженію ихъ матеріальнаго благосостоянія. У лицъ, болѣе обезпеченныхъ, вѣскими препятствіями для исполненія требованія врача, часто являются другіе мотивы, какъ то: честолюбіе, чувство долга, любовь къ занятіямъ, у женщинъ—забота о будущности дѣтей и т. п. Все это необходимо принять во вниманіе и сопоставить выгоды подобнаго отдыха съ вытекающими изъ него заботами.

Не слѣдуетъ забывать еще объ одномъ весьма важномъ обстоятельствѣ, а именно: прекращеніе занятій иногда прямо таки дѣйствуетъ неблагопріятно на нѣкоторыхъ нервно-больныхъ, въ особенности, если они занимаются своимъ дѣломъ охотно и обстоятельства имъ въ этомъ не препятствуютъ. Отсутствіе дѣла у людей, склонныхъ къ ипохондрическимъ состояніямъ, ведетъ лишь къ тому, что они, ничѣмъ не будучи заняты, обращаютъ всецѣло вниманіе на самихъ себя и прислушиваются къ малѣйшимъ перемѣнамъ, происходящимъ въ нихъ; все это влечетъ за собою ухудшеніе общаго самочувствія и сводитъ къ нулю ожидаемую отъ отдыха пользу. Въ подобныхъ случаяхъ, самое цѣлесообразное, что можно предпринять, это—лишь ограничить занятія пацiентовъ, заставлять-же ихъ совершенно отказаться отъ всякаго дѣла не слѣдуетъ, хотя бы сами больные жаловались на неспособность къ труду. Регулярныя, даже напряженныя занятія вліяютъ на нѣкоторыхъ изъ подобныхъ больныхъ благотворнѣе, нежели бездѣятельность. Возможно, что пріятное для пацiента занятіе, будь оно даже усиленнымъ, служитъ какъ бы цѣлебнымъ средствомъ.

Людямъ, заболѣвшимъ какимъ нибудь травматическимъ неврозомъ и опредѣляющимъ весьма часто свое положеніе

съ точки зрѣнія ипохондрической, мрачной, очень важно, въ терапевтическомъ отношеніи, какъ можно раньше снова приступить къ правильнымъ занятіямъ; послѣднее однако должно произойти безъ принужденія, путемъ представленія убѣдительныхъ въ мягкой формѣ высказываемыхъ, соображеній. Если паціентъ не состоитъ на службѣ и не имѣетъ опредѣленной профессіи, мы должны позаботиться о томъ, чтобы онъ все-же былъ занятъ какимъ либо соотвѣтствующимъ умственнымъ или физическимъ трудомъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда паціентъ не прерываетъ своихъ занятій, но послѣднія носятъ характеръ сидячій, мало подвижной, полезно заставить больного посвящать ежедневно опредѣленное время тѣлеснымъ упражненіямъ. Понятно, что при выборѣ этихъ упражненій, нужно всегда сообразоваться съ главными симптомами страданія, общимъ состояніемъ силъ, общественнымъ положеніемъ и наклонностями паціента.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи будетъ сказано подробнѣе о тѣхъ тѣлесныхъ упражненіяхъ, которыя заслуживаютъ вниманія при различныхъ нервныхъ состояніяхъ, здѣсь же необходимо указать лишь на то, что при міэластеніи съ ясно выраженной двигательной слабостью, тѣлесныя напряженія должны быть по возможности избѣгаемы; при преобладаніи же мозгового истощенія, такія упражненія, производимыя въ извѣстныхъ предѣлахъ, считаются вполнѣ желательными; особенно это относится къ церебрастеникамъ съ ипохондрическимъ характеромъ.

Чѣмъ бы ни достигалась желательная мускульная работа, гуляніемъ-ли, восхожденіемъ на горы, гимнастическими играми, велосипедной ѣздой, верховой ѣздой, плаваніемъ, греблей, садовой работой или работами столярными, во всѣхъ случаяхъ, главное заключается въ томъ, чтобы во всемъ соблюдалась извѣстная мѣра: слишкомъ интенсивныя или

продолжительныя тѣлесныя напряженія, даже и у людей, страдающихъ мозговымъ истощеніемъ, всегда препятствуютъ выздоровленію. Нѣкоторое разнообразіе въ мускульныхъ упражненіяхъ имѣетъ несомнѣнное преимущество.

При занятіяхъ умственныхъ нужно придерживаться тѣхъ же правилъ, какъ и при физическихъ. Напряженную умственную работу необходимо тщательно избѣгать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ показано прекращеніе обычныхъ занятій; если же умственная работа можетъ быть вообще разрѣшена, то она должна быть разнообразна и касаться области, не имѣющей ничего общаго съ занятіями по службѣ. Съ пользой могутъ быть примѣняемы нѣкоторые любительскія, второстепенныя занятія (напр. различныя коллекціонерства и т. п.).

Рѣшительно слѣдуетъ возставать противъ шумныхъ развлеченій какъ то: посѣщеніе баловъ, концертовъ, длинныхъ оперъ и утомительныхъ музыкальныхъ вечеровъ. При очень высокой степени мозгового истощенія, которое наступаетъ вслѣдъ за умственнымъ переутомленіемъ и депрессивными душевными волненіями, требуется абсолютный душевный покой. Не допускается даже чтеніе легко понятныхъ произведеній, бесѣда въ дружескомъ кружкѣ, писаніе безразличныхъ писемъ и т., п., такъ какъ и это легко можетъ повести къ крайне непріятнымъ ощущеніямъ въ головѣ, къ сердцебіенію, тошнотѣ и общей сильной усталости. Точно также, при этомъ, должно ограничиваться лишь кратковременными прогулками, но за то можно настойчиво рекомендовать продолжительное пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, насколько это позволяетъ время года.

Достиженіе требуемаго покоя, не всегда однако возможно, если больной продолжаетъ оставаться въ своей прежней домашней обстановкѣ. Убѣдившись въ этомъ, не слѣдуетъ

медлить съ изоляціей паціента отъ всего того, что его окружаетъ.

Вообще замѣчу, что изоляція рекомендуется весьма многими авторами и въ нѣкоторыхъ клиникахъ, какъ напр. Dejerin'a (Font), примѣняется особенно охотно въ связи съ внушеніемъ.

Побужденіемъ для удаленія больного изъ обычной окружающей его домашней обстановки служитъ также часто неправильное отношеніе къ неврастенику его близкихъ и родственниковъ. Какъ назойливыя, такъ и недостаточныя заботы приносятъ существенный вредъ. Въ первомъ случаѣ, видя со всѣхъ сторонъ чрезмѣрную внимательность и готовность исполнять малѣйшія его желанія, больной начинаетъ считать свое положеніе гораздо болѣе опаснымъ, чѣмъ оно— въ дѣйствительности; онъ начинаетъ особенно внимательно прислушиваться къ самому себѣ, что нерѣдко наводитъ на нозофобическія идеи; привыкнувъ къ немедленному и точному исполненію не только желаній, но и капризовъ, неврастеникъ становится эгоистомъ, перестаетъ цѣнить все оказываемое ему вниманіе и раздражается при малѣйшемъ промедленіи въ исполненіи его воли. Бываетъ и такъ, что не въ мѣру высказываемое сочувствіе вызываетъ въ больномъ даже раздраженіе.

Во второмъ случаѣ, т. е. при отсутствіи вниманія со стороны близкихъ,—само собой понятно,—что больной также будетъ находиться въ неблагопріятныхъ для здоровія условіяхъ. При этомъ паціента особенно будетъ огорчать сознаніе, что родственники и окружающіе считаютъ его болѣзнь воображаемой или, по крайней мѣрѣ, не заслуживающей никакого серьезнаго вниманія.

Если врачу не удастся разъяснить окружающимъ ту правильную точку зрѣнія, съ которой они должны смотрѣть на больного, то, какъ въ первомъ, такъ и во второмъ

случаѣ, необходимо подумать объ удаленіи паціента изъ вредной для него домашней обстановки.

Какого рода изоляцію примѣнить, зависитъ конечно отъ особыхъ условій каждаго отдѣльнаго случая. Если дѣло касается лишь того, чтобы ограничить больного отъ вреднаго дѣйствія домашней обстановки и усиленныхъ занятій, то пути для достиженія этого весьма разнообразны. Пребываніе въ деревнѣ, въ горахъ или на берегу моря, леченіе въ курортѣ или въ лечебномъ заведеніи, вполнѣ удобопримѣнимы, при чемъ они удовлетворяютъ не только основному требованію удаленія неврастеника изъ обычной обстановки, но и вообще дѣйствуютъ благотворно на паціента своей новизной. Главнымъ цѣлебнымъ факторомъ все-же остается изоляція больного, такъ что въ подобныхъ случаяхъ можно согласиться съ Taylor'омъ, который говоритъ, что на неврастеника не столько дѣйствуетъ перемѣна климата, сколько перемѣна въ обстановкѣ, занятіяхъ и окружающихъ его лицахъ.

Нерѣдко, приноситъ больному пользу уже одно лишь переселеніе въ другую семью, къ другимъ родственникамъ или знакомымъ, которые своимъ умѣлымъ и разумнымъ отношеніемъ заслуживаютъ расположеніе больного.

Въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ неврастеніи и истеріи, оказывается не достаточнымъ удалить больныхъ изъ вредно дѣйствующей обстановки. Чтобы доставить необходимый для нервной системы покой, слѣдуетъ позаботиться о возможномъ устраненіи всякихъ чувственныхъ раздраженій, а также волевыхъ и умственныхъ напряженій. Достигается это тѣмъ, что паціентъ помѣщается въ отдѣльную комнату, въ которую, кромѣ врача и назначеннаго медицинскаго персонала, никто не имѣетъ доступа, и укладывается на болѣе или менѣе продолжительное время въ кровать.

Подобная строгая изоляція больныхъ имѣетъ много приверженцевъ среди врачей. Fauvet въ своей диссертаціи

говоритъ между прочимъ, что, при полной изоляціи, паціентъ не долженъ принимать визитовъ и получать писемъ. Всякое постороннее вліяніе на волю неврастеника должно быть устранено, и только такимъ путемъ врачъ вполнѣ подчинитъ себѣ волю больного. Все это требуетъ большого труда, такта и умѣнія. Прислуга должна быть хорошо знакома со своими обязанностями.

Понятно, что на своей квартирѣ такую строгую изоляцію возможно провести лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, обыкновенно требуется для этого удаленіе неврастеника изъ его домашней обстановки. Что подобный пріемъ въ состояніи оказать сильное вліяніе на разстроенную нервную систему, вполнѣ понятно: больные, изъ мѣста и обстановки, въ которыхъ развилось страданіе, попадаютъ въ атмосферу покоя и полнаго порядка; тѣмъ самымъ, конечно, различные вредные, волнующіе моменты устраняются.

Благодаря содержанію въ постели и общенію лишь съ самыми необходимыми лицами, больной отдыхаетъ, не затрачивая ни психическихъ, ни физическихъ силъ.

Необходимо все-же помнить, что успѣхъ изоляціи и содержанія въ постели можетъ быть не достигнутъ благодаря нѣкоторымъ обстоятельствамъ, устраненіе которыхъ не находится во власти врача. Такъ, напримѣръ, изоляція едва-ли принесетъ желаемое облегченіе женщинѣ, страстно любящей своихъ дѣтей и тоскующей по нимъ, хотя бы совмѣстная ея жизнь съ ними была сплошнымъ мученіемъ. Удаленіе больной отъ ея дѣтей равносильно выбору большаго изъ двухъ золъ. Постельное содержаніе съ другой стороны обоюдоострое оружіе для женщинъ со слабой волей. Löwenfeld видѣлъ много случаевъ, при которыхъ истеричныя женщины, принужденныя подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ условій, слечь въ постель, не пожелали въ послѣдствіи въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ покидать кровать, не

смотря на то, что не было ни паралича, ни даже двигательной слабости, которые служили бы достаточнымъ поводомъ для лежанія. Авторъ вполнѣ присоединяется къ словамъ Mitchell'а, который говоритъ, что врачъ, рѣшающійся уложить въ постель нервную женщину, долженъ быть твердо увѣренъ, что она его послушается, когда придетъ время покинуть постель.

Если въ указанномъ направленіи предвидится какое-либо сомнѣніе, то необходимо ограничить нѣсколькими часами пребываніе больной въ кровати въ теченіе дня, и позволять въ извѣстной мѣрѣ движеніе, которое, въ зависимости отъ условій, можетъ быть сокращено или продлено.

Изоляція, какъ и постельное содержаніе, допускаютъ, разумѣется, одновременное примѣненіе и другихъ различныхъ терапевтическихъ средствъ. Подобное сочетаніе имѣетъ мѣсто при Mitchel-Playfair'овскомъ способѣ леченія, о которомъ будетъ сказано ниже.

Заслуживаетъ полнаго вниманія у людей, страдающихъ нервами, также и половое ихъ общеніе. Та важная роль, которую играетъ половая жизнь, въ возникновеніи нервныхъ разстройствъ, ясно доказываетъ, какого вниманія требуетъ урегулированіе половыхъ сношеній. Прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду, что всякое неестественное удовлетвореніе полового влеченія, вредно для нервной системы; точно также могутъ дурно отразиться половыя излишества, а иногда и воздержаніе. Что считать половымъ излишествомъ, трудно сказать, такъ какъ это зависитъ отъ индивидуальности каждаго отдѣльнаго лица, половая же способность различныхъ людей далеко не одинакова. Довольно вѣрнымъ мѣриломъ, позволяющимъ судить, въ какой мѣрѣ допустимы половыя сношенія, служитъ самочувствіе человѣка послѣ coitus'а. Въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдній отражается неблагопріятно, необходимо,—если и не запре-

тить его совершенно,—то значительно ограничить. Чтобы облегчить и сдѣлать безвреднымъ для пацiента проведенiе относительнаго или абсолютнаго воздержанiя, должны быть устранены всѣ моменты, ведущiе къ половому раздраженiю. Такъ, супругамъ рекомендуется—по крайней мѣрѣ спать въ отдѣльныхъ комнатахъ.

Ограничивать слѣдуетъ половое общенiе у людей истощенныхъ, обезсиленныхъ и пожилыхъ. У послѣднихъ наблюдается иногда по временамъ даже усиленное влеченiе, безпрепятственное удовлетворенiе котораго дѣйствуетъ крайне неблагопрiятно на нервную систему.

На вопросъ, слѣдуетъ-ли совѣтовать людямъ, страдающимъ нервной слабостью, вступать въ бракъ, трудно дать вѣрный для всѣхъ случаевъ отвѣтъ. Нѣкоторые еще и теперь смотрятъ на бракъ, какъ на цѣлебное средство при истерiи и нѣкоторыхъ неврастеническихъ состоянiяхъ. Подобный взглядъ однако можетъ быть признанъ правильнымъ лишь съ большими ограниченiями. Урегулированное половое общенiе, каковое возможно при брачномъ сожитiи, оказываетъ, правда, во многихъ случаяхъ благотворное дѣйствiе на неврастениковъ; однако было бы неправильно—все хорошее влiянiе брачной жизни сводить лишь къ пользѣ отъ полового акта. Послѣднiй служитъ только однимъ изъ желательныхъ факторовъ наряду со многими другими, къ которымъ относятся: удовольствiе правильнаго домашняго образа жизни; отвлеченiе вниманiя отъ собственнаго состоянiя, вызванное отчасти домашними заботами, отчасти взаимнымъ сообществомъ супруговъ; сознанiе опредѣленной цѣли въ жизни и т. п. Между тѣмъ упомянутые факторы встрѣчаются далеко не во всѣхъ бракахъ; если же предположить отсутствiе указанныхъ условiй, вслѣдствiе чего супружеская жизнь явится источникомъ различныхъ заботъ, всякихъ недоразумѣнiй и взаимнаго непониманiя, то едва ли слѣдуетъ

совѣтовать вступить въ бракъ, такъ какъ правильное половое общеніе само по себѣ не возмѣститъ вредныхъ моментовъ, вызываемыхъ брачной жизнью.

Но и при безусловно благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ и взаимно подходящемъ характерѣ лицъ, желающихъ сочетаться бракомъ, необходимо по крайней мѣрѣ посовѣтовать, до поправленія здоровья повременить съ вѣнчаніемъ, если мы имѣемъ дѣло съ тяжелыми случаями неврастеніи и истеріи.

Категорически настаивать на вступленіи въ бракъ врачъ лишь рѣдко имѣетъ достаточно вѣскихъ основаній, причемъ, по мнѣнію Löwenfel'da, послѣднее можетъ оказаться умѣстнымъ только у тѣхъ ипохондрически настроенныхъ неврастениковъ, душевное состояніе которыхъ, очевидно, обусловливается и поддерживается душевнымъ одиночествомъ; для такихъ больныхъ, бракъ съ разумной, не слишкомъ чувственной особой можетъ быть вполнѣ желателенъ.

II. Лекарственное леченіе и леченіе минеральными водами.

Въ настоящее время должно считать вполнѣ доказаннымъ, что внутреннія средства цѣлесообразно могутъ быть назначаемы при неврастеніи только въ *симптоматическомъ* отношеніи, или въ видахъ внушенія. Beard рекомендовалъ очень большое число лекарствъ, но Charcot совѣтуетъ соблюдать, въ отношеніи примѣненія ихъ, извѣстную сдержанность.

Перечислить всѣ медикаменты, которые примѣнялись и рекомендовались противъ неврастеніи, едва-ли представляется возможнымъ, настолько велико число ихъ. Впрочемъ, такое перечисленіе и не принесло бы существенной

пользы, такъ какъ многія изъ примѣнявшихся средствъ не оправдали возложенныхъ на нихъ надеждъ и потому совершенно оставлены.

Насколько вопросъ о лекарственномъ леченіи неврастеніи неудовлетворительно поставленъ, доказываетъ, между прочимъ, взглядъ цѣлаго ряда авторовъ, согласно которымъ при нервной слабости, слѣдуетъ совершенно воздерживаться отъ какихъ бы то ни было медикаментовъ, ввиду того, что послѣдніе могутъ принести больнымъ больше вреда, нежели пользы (Jahn, Perdigo, Ribas, Proust et Ballet, Donfibli, Stadelmann и др.).

Оставляя въ сторонѣ этотъ крайній взглядъ, нельзя все-же не согласиться съ мнѣніемъ Löwenfeld'а, что ограниченіе лекарствъ при неврастеніи едва-ли послужитъ во вредъ больному. Дѣло въ томъ, что мы не обладаемъ пока такимъ средствомъ, примѣненіе котораго могло бы доставить истощенной нервной системѣ прочное исцѣленіе; все, что мы можемъ получить лекарственнымъ леченіемъ, сводится къ его палліативному вліянію, при чемъ вліяніе это весьма ограничено и, нерѣдко, сопровождается нѣкоторымъ вредомъ въ другомъ отношеніи.

Во всякомъ случаѣ, изъ этого еще не вытекаетъ, чтобы мы совершенно отказывались отъ лекарствъ, такъ какъ, въ борьбѣ съ отдѣльными, очень тяжелыми симптомами неврастеніи, гдѣ необходимо сравнительно быстрое вмѣшательство—обойтись безъ назначенія того или иного медикамента едва-ли возможно. Доставляя временный покой и облегченіе паціенту, мы этимъ самымъ даемъ возможность его нервной системѣ набраться свѣжихъ силъ, столь необходимыхъ для предстоящей, продолжительной борьбы съ его тяжелымъ недугомъ.

Изъ немногихъ лекарственныхъ веществъ, заслуживающихъ вниманія, несмотря на весь скептицизмъ къ нимъ,

могутъ быть рекомендованы въ опредѣленныхъ случаяхъ, прежде всего препараты брома. Впрочемъ по мнѣнію Pitres'a, и они не заслуживаютъ довѣрія. Препараты эти, при неврастеническихъ состояніяхъ, употребляются весьма часто. Между тѣмъ, по поводу ихъ значенія и способа дѣйствія при нервной слабости, существуютъ еще разнаго рода невѣрныя представленія, которыя нерѣдко ведутъ къ ошибочнымъ назначеніямъ и тѣмъ самымъ къ разочарованію ими. Назначая препараты брома, необходимо прежде всего помнить, что они не могутъ устранить неврастеническое состояніе какъ таковое. Подъ ихъ вліяніемъ исчезаютъ лишь иногда отдѣльныя проявленія болѣзни, такъ какъ препараты эти обладаютъ свойствомъ понижать возбудимость нервныхъ центровъ. Въ силу послѣдняго обстоятельства, они, безъ сомнѣнія, скорѣе вредны, нежели полезны въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ симптомы слабости и истощенія находятся на первомъ планѣ болѣзни.

Показаны они лишь тамъ, гдѣ имѣются ясно выраженныя состоянія возбужденія въ той или другой области нервной системы, т. е., при психическомъ безпокойствѣ, состояніяхъ страха, безсонницѣ, при склонности къ сердцебіенію, половомъ возбужденіи, а также въ нѣкоторыхъ случаяхъ головной боли и при чувствѣ давленія въ головѣ (въ особенности въ комбинаціи съ частыми приливами крови къ мозгу). Чтобы препараты брома оказали очевидное дѣйствіе, необходимо прописывать часто нѣсколько бóльшія дозы, чѣмъ это обычно дѣлается, а именно: $1^1/_2$—2 g. на пріемъ, и 3—5 g. въ день. Назначать лекарства въ количествѣ „на кончикѣ ножа“, или „чайными ложками“ не слѣдуетъ, такъ какъ въ первомъ случаѣ доза слишкомъ мала, а во второмъ слишкомъ велика. Слѣдуетъ еще помнить, что очень продолжительное назначеніе брома не рекомендуется въ виду могущаго наступить вреднаго его дѣй-

ствія на состояніе больного. Необходимо принимать его въ большомъ количествѣ простой воды, содовой, или молока.

Часто болѣе полезнымъ, чѣмъ назначеніе отдѣльнаго препарата брома, оказывается прописываніе смѣси нѣсколькихъ препаратовъ брома въ особенности бромистаго натрія, калія и аммонія.

Лучше всего назначать эту комбинацію въ видѣ Sandow'ской шипучей бромистой соли, или въ видѣ Erlenmeyer'овской бромистой воды, содержащей 10,0 бромистыхъ солей въ 750 к. сен. углекислой воды и имѣющей характеръ и значеніе натуральныхъ щелочно-соленыхъ минеральныхъ водъ.

Изъ препаратовъ брома, которые въ послѣднее время имѣются въ продажѣ, бромоколла, бромипина и бромгемола, заслуживаетъ болѣе всего вниманія,—послѣдній, введенный въ употребленіе Kobert'омъ и представляющій собой соединеніе брома съ редуцированнымъ гемоглобиномъ. Хотя средство это содержитъ лишь 2, 7% брома, но за то производитъ въ то-же время дѣйствіе препаратовъ гемоглобина и, вслѣдствіе этого, особо рекомендуется при состояніяхъ малокровія, при упадкѣ питанія и недостаточномъ аппетитѣ. Доза 2-3 g. въ день.

Бромоколъ, соединеніе брома, танина и клея, содержащее около 20 % брома, не представляетъ собою какого либо особаго преимущества при разсматриваемомъ нами страданіи.

Бромипинъ, соединеніе 10% брома и 33$^1/_3$% ol. sesami, можетъ быть съ пользой примѣненъ per anum (въ видѣ клизмъ) при явленіяхъ раздраженія со стороны мочеваго пузыря и полового аппарата. Внутрь дается по 1-2 чайной ложкѣ въ день.

Бромистая камфора назначается съ пользой при нервныхъ сердцебіеніяхъ и возбужденіи половой сферы. Доза по 0,1—0,2 три раза въ день, въ капсулахъ и порошкахъ (in charta cerata).

Къ медикаментамъ, также часто примѣняющимся при неврастеніи, относится и хининъ. Прописывается онъ какъ средство тонизирующее, которое, или въ соединеніи съ препаратами желѣза, или само по себѣ, можетъ оказать пользу, дѣйствуя благотворно на поднятіе общаго питанія. Въ особенности въ тѣхъ случаяхъ показано назначеніе хинина, если въ анамнезѣ имѣется подозрѣніе на перенесенную малярію. Binswanger, при подобныхъ условіяхъ методически прописываетъ хининъ, въ небольшихъ ежедневныхъ дозахъ, равныхъ 0,1—0,3 g.

Стрихнинъ примѣняется въ настоящее время преимущественно въ соединеніи съ другими средствами. Такъ, напримѣръ, въ видѣ Fellow'скаго сиропа. Mélivier указываетъ на хорошее его вліяніе въ соединеніи съ коффеиномъ.

При сперматорреѣ и частыхъ поллюціяхъ, можетъ оказаться успѣшнымъ примѣненіе атропина, но слѣдуетъ слѣдить за вліяніемъ лекарства, чтобы тотчасъ его прекратить, если появятся первые признаки интоксикаціи.

Полезнымъ тонизирующимъ средствомъ является мышьякъ. Löwenfeld заявляетъ, правда, что отъ изолированнаго примѣненія этого средства при неврастеніи и истеріи онъ никогда не наблюдалъ явной пользы, тѣмъ не менѣе многіе авторы очень его хвалятъ; такъ напримѣръ, Krafft-Ebing пишетъ, что онъ нашелъ его весьма показаннымъ въ случаяхъ неврастеніи съ особо выраженными сосудодвигательными симптомами, рѣзкими колебаніями кровянаго давленія и нарушеніями мѣстнаго кровообращенія. Принимая мышьякъ во время ѣды, или непосредственно послѣ, трудно ожидать отъ него какихъ либо непріятныхъ послѣдствій. Доза мышьяковистой кислоты—по 0,001 g. нѣсколько разъ въ день.

Вмѣсто мышьяковистой кислоты, въ послѣднее время французскими авторами рекомендуется менѣе ядовитая ка-

кодиловая кислота и ея соединенія. Какодилово-кислый натрій, чаще назначаемый, чѣмъ сама кислота, прописывается взрослымъ по 0,025—0,1 g. на пріемъ. Въ тѣхъ же дозахъ назначается и какодилово-кислое желѣзо. Какодиловая кислота можетъ быть примѣнима и ввидѣ подкожныхъ вспрыскиваній.

Gautier, взамѣнъ какодилово-кислаго натра, предложилъ другое соединеніе мышьяка, выпущенное подъ названіемъ метарсената. Считается, что этотъ препаратъ обладаетъ терапевтическими свойствами какодилово - кислаго натріа, но лучше послѣдняго, такъ какъ выдыхаемый воздухъ и отдѣленія не пріобрѣтаютъ запаха лука.

Едва-ли возможно отказаться при леченіи анемичныхъ неврастениковъ отъ желѣза. Отовсюду приходится слышать. что малокровіе есть главная болѣзнь нашего времени и источникъ всѣхъ нервныхъ разстройствъ, при чемъ восхваляется то одинъ, то другой препаратъ желѣза, какъ могучее средство противъ этого народнаго бича. На этомъ основаніи насъ не должно удивлять, что многіе больные, безъ совѣта врача, пытаются тѣмъ или инымъ средствомъ, содержащимъ желѣзо, прибавить себѣ крови и тѣмъ самымъ улучшить свои нервы. Точно также и въ медицинскихъ кругахъ не смогли устоять противъ моднаго воззрѣнія о господствѣ малокровія (Löwenfeld). Для многихъ врачей—аксіома, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ не можетъ быть найдена ясная причина для объясненія имѣющейся нервной слабости, причиной ея служитъ малокровіе, и необходимо назначеніе желѣза, несмотря на хорошее общее питаніе и цвѣтущій видъ больного. Если же внѣшній видъ паціента плохъ, то уже этимъ самымъ необходимость желѣза считается, безъ сомнѣнія, доказанной. Вслѣдствіе этого, лишь немногіе больные, страдающіе нервами, посовѣтовавшись съ врачами, избѣгнутъ назначенія имъ какого-либо препарата

желѣза. Между тѣмъ, многочисленныя наблюденія, въ особенности на больныхъ женщинахъ, привели Löwenfeld'а къ убѣжденію, что подобное, лишенное критики, примѣненіе желѣза, приводитъ нерѣдко къ обратнымъ результатамъ: вмѣсто ожидаемаго укрѣпленія нервной системы, желѣзо вызываетъ разстройство функцій желудка, потерю аппетита и, тѣмъ самымъ, ухудшеніе состоянія больного. Отъ подобныхъ ошибокъ можетъ предохранить лишь тщательное взвѣшиваніе и обсужденіе всѣхъ условій каждаго случая въ отдѣльности. Назначеніе желѣза оправдывается лишь тамъ, гдѣ малокровіе и, вытекающій изъ него, упадокъ общаго питанія, безъ сомнѣнія, служатъ явленіями первичными, нервныя же разстройства—ихъ слѣдствіе, т. е. особенно въ случаяхъ, гдѣ отъ какой-либо болѣзни имѣлись прямыя потери крови, или продолжительныя потери соковъ, или же общими тяжелыми заболѣваніями было подорвано питаніе. Напротивъ того, назначеніе желѣза безполезно, а можетъ быть даже и вредно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ нервныя разстройства—происхожденія первичнаго, а анемія,—какъ это нерѣдко бываетъ,—явилась ихъ слѣдствіемъ; такъ, въ особенности при продолжительной нервной диспепсіи и при продолжительной безсонницѣ. Тутъ съ особой пользой можно примѣнять препараты гемоглобина.

При неврастеническихъ состояніяхъ, развившихся на почвѣ общаго упадка питанія, можетъ иногда оказаться полезнымъ назначеніе желѣза въ видѣ желѣзныхъ минеральныхъ водъ: Franzensbad, Schwalbach, Rippoldsau, Pyrmont и др.

Въ послѣднее время часто примѣняется въ соединеніи съ желѣзомъ—марганецъ, которому приписываютъ такое-же дѣйствіе на кровь, какъ и желѣзу. Дѣйствительно ли упомянутая комбинація обладаетъ какими-нибудь преимуществами, окончательно, все-же, еще не установлено.

Весьма хорошимъ тоническимъ средствомъ, въ составъ котораго входятъ желѣзо и марганецъ, представляетъ собою Fellow'скій сиропъ, приготовляемый уже нѣсколько лѣтъ также докторомъ Egger'омъ въ Будапештѣ. Содержитъ онъ фосфорноватисто-кислыя соли желѣза, хинина, стрихнина, кальція, марганца и калія. Доза его равняется отъ 3—6 чайныхъ ложекъ въ день.

При всѣхъ неврастеническихъ состояніяхъ, развившихся вслѣдствіе переутомленія или истощенія, въ особенности же при неврастеніи послѣродовой или послѣ лихорадочныхъ болѣзней, этотъ сиропъ оказывается особенно полезнымъ. Даже при конституціональной нервной слабости, временно онъ можетъ принести облегченіе. Какая изъ составныхъ частей сиропа оказывается особенно дѣйствительной, трудно рѣшить, но, что онъ служитъ однимъ изъ лучшихъ тоническихъ средствъ при неврастеніи (Hoff), доказываетъ между прочимъ, 18-ти лѣтній опытъ Krafft-Ebing'a. Переносится онъ обычно хорошо.

Сильнымъ конкурентомъ Fellow'скаго сиропа уже давно служитъ „Syrupus Kolae compositus Hell", который, въ случаяхъ, связанныхъ съ рѣзкимъ пониженіемъ психическихъ и тѣлесныхъ силъ, имѣетъ то преимущество, что содержитъ въ себѣ, наряду съ главными составными частями Fellow'скаго сиропа, также и извѣстное количество экстракта Kolae. Согласно даннымъ изобрѣтателя этой смѣси, д-ра Flesch'a, кофейная ложка содержитъ около 0,0015 стрихнина, 0,05 Chin. ferrocitric. 0,5 extr. Kolae и 0,5 Glycerophosphat. Средняя доза сиропа равняется 3-мъ чайнымъ ложкамъ въ день, принимаемымъ съ водой во время ѣды; большія дозы отъ 5—6 кофейныхъ ложечекъ показаны лишь рѣдко. Паціентамъ, страдающимъ разстройствами пищеваренія, или обнаруживающимъ симптомы легкой половой возбудимости, сиропъ этотъ назначать не слѣдуетъ. При состояніяхъ нерв-

ной слабости, при которыхъ желательно вызвать временный подъемъ, возможно самостоятельное примѣненіе препаратовъ Kolae. Къ послѣднимъ относится Kola Astier, коричневатый, сладкаго вкуса порошокъ, принимаемый нѣсколько разъ въ день, по одной чайной ложкѣ.

Кромѣ примѣненія фосфора, какъ составной части сложнаго лекарства, многіе врачи рекомендуютъ его назначеніе въ болѣе самостоятельной формѣ, а именно, въ видѣ фосфорной кислоты и ея солей (Ferran, Gautru, Bardet, Martinet и многіе др.). Особенно часто назначаются глицерино-фосфорныя соли. Польза этого средства можетъ быть объяснима отчасти важною ролью фосфора, какъ составной части животной клѣтки, отчасти — возмѣщеніемъ имъ тѣхъ потерь фосфора организмомъ, которыя нерѣдко доказываются анализомъ мочи неврастениковъ. Von Gaboriau особенно рекомендуетъ, при церебральной неврастеніи, Zincum phosphoricum. Чистый фосфоръ охотно примѣнялся англійскими и американскими врачами.

Старымъ средствомъ, заслужившимъ славу успокоивающаго лекарства, является валеріана, которая можетъ оказаться полезной при психическомъ возбужденіи и страхахъ, въ особенности, если таковые обязаны своимъ происхожденіемъ истеро-неврастеніи. Средство это, само по себѣ, довольно безвредно, хотя оно и не совсѣмъ пригодно для продолжительнаго употребленія (Löwenfeld). Пилюли изъ валеріаны рекомендуютъ покрывать серебромъ, въ виду непріятнаго ихъ запаха.

Изъ различныхъ препаратовъ валеріаны, появившейся въ продажѣ, укажемъ на Борнивалъ, Валилъ и Валидолъ. Борнивалъ, назначаемый обыкновенно въ желатиновыхъ капсулахъ, заключаетъ въ себѣ дѣйствующее начало валеріановаго масла, Борнеолъ и валеріановую кислоту. Служитъ онъ замѣстителемъ валеріаны, въ особенности при функціо-

нальныхъ неврозахъ сердца и связанныхъ съ ними состояніяхъ страха. Доза его равняется 0.25 нѣсколько разъ въ день. Подобно Борнивалу дѣйствуютъ также Валилъ и Валидолъ. Валилъ назначается по 0.12 на пріемъ. Валидолъ, соединеніе ментола и валеріановой кислоты, представляетъ прозрачную жидкость, назначаемую по 10—15 капель въ винѣ или на сахарѣ. Всѣ эти три препарата требуютъ еще дальнѣйшаго испытанія.

Изъ средствъ болеутоляющихъ, примѣняющихся противъ невралгій и паралгій, столь частыхъ у неврастениковъ, сравнительно не такъ давно употреблялся главнымъ образомъ салицилово-кислый натръ и салициловая кислота. Теперь вмѣсто нихъ пользуются чаще всего антипириномъ, фенацетиномъ и антифибриномъ, хотя, впрочемъ, послѣдній уступилъ свое мѣсто первымъ двумъ въ виду могущихъ наступить непріятныхъ осложненій при его употребленіи (ціанозъ, состояніе слабости и т. п.). Вмѣсто антифибрина можно также пользоваться цитрофеномъ, представляющимъ собой соединеніе лимонной кислоты съ p. Phenetidin'омъ. Цитрофенъ пріятнаго вкуса и обладаетъ, подобно антипирину и фенацетину, болеутоляющимъ свойствомъ. Послѣднія три средства назначаются обыкновенно въ дозѣ равной отъ 0,5—1,0 на пріемъ.

Изъ указанныхъ трехъ средствъ, фенацетинъ своимъ дѣйствіемъ приближается больше всего къ препаратамъ брома въ томъ отношеніи, что оказываетъ хорошія услуги также при состояніяхъ психическаго и тѣлеснаго возбужденія (нравственное безпокойство, страхъ, дрожаніе и т. п.); кромѣ того фенацетинъ можно принимать въ соединеніи съ препаратами брома довольно долгое время и безъ всякаго вреда.

Антипиринъ съ пользой можетъ быть назначаемъ и при нервныхъ разстройствахъ дыханія, а также и мочевого пузыря (нервный кашель, одышка, спазмъ пузыря и т. п.). Понят-

но, что, кромѣ перечисленныхъ средствъ, мы можемъ пользоватся съ цѣлью уменьшенія болей и цѣлымъ рядомъ другихъ, въ недавнее время предложенныхъ антиневралгическихъ лекарствъ: трифининъ, аналгенъ, пирамидонъ, нейрадинъ, салипиринъ, эксалгинъ, лактофининъ и т. п. Имѣютъ ли всѣ они какое либо преимущество по сравненію съ вышеуказанными nervina, трудно сказать.

Противъ мигрени, часто приноситъ пользу соединеніе антипирина 0,8, антифибрина 0,2, коффеина 0,1 и кокаина 0,01.

Средство, которое по видимому заслуживаетъ особеннаго вниманія, не смотря на то, что его составъ еще не вполнѣ извѣстенъ, это—neurilla; оно представляетъ собой сиропообразную жидкость, вывезенную изъ Америки, и какъ считаютъ, содержащую дѣйствующія начала Scutellaria lateriflora. По наблюденіямъ Löwenfeld'a neurilla вполнѣ показана при состояніяхъ психическаго возбужденія и связанной съ таковыми безсонницей. Принимаютъ ее чайными ложками, въ случаѣ надобности каждый часъ.

Что мы при неврастеніи и истеріи,—болѣзняхъ, весьма часто сопровождающихся болями, судорогами, безсонницей и другими тяжелыми проявленіями раздраженія, не можемъ обойтись безъ наркотическихъ и собственно снотворныхъ средствъ, очевидно само собой. Не слѣдуетъ однако забывать что примѣненіе этихъ палліативныхъ медикаментовъ должно ограничиваться лишь крайними случаями, что нельзя ихъ слишкомъ часто назначать, соблазняясь доставляемымъ ими временнымъ облегченіемъ и забывать о другихъ дѣйствительно цѣлительныхъ средствахъ.

Такъ, морфій считается весьма многими авторами почти абсолютно противопоказаннымъ при неврастеніи. Binswanger говоритъ, что онъ уже въ теченіе многихъ лѣтъ избѣгаетъ прописыванія морфія даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сильнѣйшія боли требуютъ самаго энергичнаго вмѣшательства врача.

Подобное отрицательное отношеніе къ этому средству вполнѣ оправдывается большой склонностью неврастениковъ къ морфинизму и, отчасти, возможностью нѣкоторой замѣны его другими медикаментами.

При замѣнѣ морфія намъ все же не удается избѣгнуть опія и другихъ его алколоидовъ. Такъ, опій приноситъ облегченіе при тяжелыхъ состояніяхъ страха и сильномъ психическомъ возбужденіи; въ особенности его можно считать умѣстнымъ при рѣзкихъ обостреніяхъ этихъ состояній, при которыхъ повышенные аффекты страха могутъ повести къ самоубійству. Полезно назначеніе пилюль, заключающихъ въ себѣ 0,02—0,03 экстракта опія съ прибавленіемъ экстракта ревеня, при чемъ послѣдній служитъ для уравненія дѣйствія опія, вызывающаго запоры. Доза въ началѣ равна 3-емъ пилюлямъ въ день и можетъ быть увеличена при надобности до 6-ти. Подобная дозировка лекарства не влечетъ за собою неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій, если не считать вліянія опія на кишечникъ, которое не всегда устраняется ревенемъ. Послѣ пріема пилюль въ теченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ, больные легко отъ нихъ отвыкаютъ.

Въ замѣнъ морфія, можно пользоваться кодеиномъ, перониномъ, а также діониномъ; доза всѣхъ трехъ лекарствъ равна 0,01—0,03, принимаемая нѣсколько разъ въ день.

Вообще кодеинъ пріобрѣлъ много сторонниковъ среди врачей, которые считаютъ его весьма полезнымъ и при неврастеніи; напримѣръ, D o r n b l ü t h говоритъ, что важнымъ прогрессомъ въ терапіи нервной слабости является примѣненіе кодеина при состояніяхъ депрессіи, такъ какъ другія наркотическія вещества не оказываютъ столь желательнаго дѣйствія. Онъ рекомендуетъ его принимать въ постепенно увеличивающихся дозахъ. Особенно полезнымъ, почти специфическимъ средствомъ при подобныхъ состояніяхъ считаетъ

его и Öfele, при чемъ въ началѣ слѣдуетъ его назначать по 0,01—три раза въ день, и черезъ 4—5 дней ту-же дозу—5—6 разъ въ день.

Съ большой осторожностью возможно и назначеніе гіосцина, который, при судорожныхъ состояніяхъ, въ самыхъ маленькихъ дозахъ (0,1—0,3 milligr.) можетъ быть полезнымъ.

Изъ числа снотворныхъ средствъ, особенно часто примѣняются при неврастеніи тріоналъ и сульфоналъ, такъ какъ лишь весьма рѣдко вызываютъ какія бы то ни было вредныя послѣдствія. Удобнѣе всего принимать тріоналъ въ видѣ раствора (1,0), въ бутылкѣ содовой воды. Всасываніе при этомъ происходитъ значительно быстрѣе и можно обойтись меньшими дозами. Krafft-Ebing отдаетъ тріоналу предпочтеніе передъ сульфоналомъ, такъ какъ послѣдній, при очень продолжительномъ употребленіи, можетъ все-же неблагопріятно отразиться на почкахъ. Неудобство какъ тріонала, такъ и сульфонала, заключается въ томъ, что они иногда обнаруживаютъ свое дѣйствіе лишь нѣсколько часовъ спустя послѣ пріема, и можетъ случиться, что больной бываетъ сонный еще и на слѣдующій день. У церебрастениковъ вообще нужно ихъ примѣнять съ извѣстной осторожностью. Не смотря на нѣкоторыя неудобства, связанныя съ назначеніемъ тріонала, все-же многіе авторы какъ, напримѣръ, Claus, Kast, Schäfer, Oppenheim, Wilhelm, Guinon, Ziehen и др., считаютъ его за лучшее снотворное средство противъ безсонницы неврастениковъ. По наблюденіямъ Claus'a (30 случаевъ), подъ вліяніемъ тріонала исчезала не только безсонница, но наступало также улучшеніе и нѣкоторыхъ другихъ неврастеническихъ разстройствъ.

Сравнительно недавно сталъ врачами охотно примѣняться въ борьбѣ съ безсонницей вероналъ. Средство это, производное мочевины, было получено Fischer'омъ и Mering'омъ. Представляетъ оно собой безцвѣтное кри-

сталическое вещество, горьковатаго вкуса, растворяющееся въ 12 частяхъ кипящей воды и въ 145 частяхъ воды 20°. По словамъ этихъ авторовъ, при простой безсонницѣ, достаточна доза 0,3—0,5 вероналу. Снотворное дѣйствіе начинаетъ уже обнаруживаться черезъ ½ часа послѣ пріема. Побочныхъ непріятныхъ дѣйствій это средство, какъ заявляютъ Fischer и Mering, не имѣетъ. При упорной безсонницѣ доза веронала можетъ быть увеличена до 1,0 g. Löwenfeld замѣчаетъ, что не смотря на увеличеніе дозы, случается, что снотворное дѣйствіе его все-же можетъ оказаться недостаточнымъ въ теченіе ночи, а на другой же день у паціентовъ иногда отмѣчается сонливость, сопряженная съ тяжестью въ головѣ. Подобно тріоналу, вліяніе веронала нерѣдко сказывается еще и на слѣдующую ночь.

Весьма хорошимъ снотворнымъ, по мнѣнію Nola, служитъ дорміолъ, соединеніе хлорала съ амиленъ-гидратомъ, маслянистая безцвѣтная жидкость. На основаніи цѣлаго ряда личныхъ наблюденій, Nola приходитъ въ выводу, 1) что дорміолъ заслуживаетъ особаго вниманія со стороны невропатологовъ и психіатровъ, такъ какъ онъ можетъ оказать желанное дѣйствіе тамъ, гдѣ другія снотворныя средства не оправдываютъ возложенныхъ на нихъ надеждъ; 2) что дорміолъ можетъ вполнѣ конкурировать съ хлораломъ, не обладая въ то-же время его непріятными побочными дѣйствіями, и 3) что онъ безъ вреда можетъ быть принимаемъ весьма долгое время.

Рѣдко оказываетъ недостаточное снотворное дѣйствіе у неврастениковъ паралдегидъ. Назначается онъ въ дозахъ отъ 4,0—8,0g., при чемъ, для улучшенія вкуса, хорошо прибавлять къ нему, полуторное по объему, количество Tr. fructuum aurantiorum. Отрицательной его стороной служатъ противный вкусъ и запахъ, хотя больные легко къ нему привыкаютъ, въ виду благотворнаго на нихъ дѣйствія этого

средства. Извѣстны многочисленные случаи, касающіеся конституціональныхъ неврастениковъ, когда паралдегидъ принимался въ теченіе 5-8 лѣтъ ежедневно, въ дозахъ 3,0—6,0 безъ всякаго вреда. Такъ какъ онъ выдыхается легкими, то запахъ, распространяемый вокругъ себя больными, непріятенъ для окружающихъ. Привыкаютъ къ паралдегиду лишь весьма трудно, и потому одна и та-же доза можетъ быть назначаема въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и даже мѣсяцевъ. Паціентамъ, которые отказываются его принимать per os, паралдегидъ хорошо вводить при помощи клизмъ. Такъ какъ въ обычныхъ дозахъ средство это не дѣйствуетъ угнетающимъ образомъ на сердечную дѣятельность и не понижаетъ вообще кровяного давленія, то его удобно назначать при сердечной слабости, порокахъ сердца и т. п.

Хлоралъ примѣняется въ настоящее время, какъ снотворное, значительно рѣже; но какъ простое успокоивающее средство при судорожныхъ состояніяхъ заслуживаетъ полнаго вниманія. Вводить его удобно не только черезъ ротъ, но и при посредствѣ клизмъ. Продолжительное его употребленіе не рекомендуется.

Средство, главную составную часть котораго составляетъ хлоралъ и которое также примѣняется какъ снотворное, это—бромидія, бурая жидкость, не вполнѣ еще извѣстнаго состава, содержащая, между прочимъ, хлоралъ, бромистый калій, Extr. Cannabis indic., Extr. Hyosciami. Одни авторы считаютъ препаратъ этотъ излишнимъ, тогда какъ другіе, напримѣръ Delmis, весьма хвалятъ его при безсонницѣ неврастениковъ.

Хорошее снотворное, рекомендованное Mering'омъ, которое по дѣйствію стоитъ между хлораломъ и паралдегидомъ, это—амиленгидратъ. Представляетъ онъ собой безцвѣтную жидкость, легко растворяющуюся въ спиртѣ, труднѣе—въ водѣ (въ 8-ми частяхъ). Доза его 2,0—3,0 g. съ пивомъ или еще лучше съ сахарной водой.

Кромѣ указанныхъ снотворныхъ средствъ, могутъ при неврастеніи быть примѣняемы, то съ большей, то съ меньшей осторожностью и многіе другіе медикаменты, какъ напримѣръ: сомналъ, уретанъ, гипнонъ, гедоналъ, хлоралоза, гіосціаминъ (Laura) и т. п. Останавливаться на нихъ считаю однако излишнимъ, такъ какъ желающіе могутъ познакомиться подробно съ ихъ дѣйствіемъ въ спеціальныхъ руководствахъ и, кромѣ того, они не представляютъ собой какихъ-либо существенныхъ преимуществъ, по сравненію съ другими средствами.

Въ виду того, что неврастеническія состоянія весьма часто развиваются на почвѣ разстроеннаго желудочно-кишечнаго пищеваренія, нерѣдко приходится прибѣгать къ дѣйствію самыхъ разнообразныхъ дезинфицирующихъ, а также и послабляющихъ средствъ. Dujardin-Beaumetz, напримѣръ, особенно рекомендуетъ bismuthum salycilicum, naphtol и salol., Kiernan—Taka Diastas, который полезенъ при повышенной кислотности желудка и т. д. Останавливаться на перечисленіи ихъ не стану, такъ какъ въ сущности намъ приходится имѣть дѣло съ тѣми же лекарственными средствами, которыя обычно примѣняются при терапіи разстройствъ желудочно-кишечнаго пищеваренія.

Согласившись съ тѣмъ, что внутреннія средства при неврастеніи имѣютъ значеніе лишь въ симптоматическомъ отношеніи, или въ виду оказываемаго ихъ назначеніемъ внушенія, не слѣдуетъ удивляться, что, на долю минеральныхъ водъ, также не выпадаетъ важная роль въ дѣлѣ борьбы съ нервной слабостью. Тѣмъ не менѣе громадное число неврастениковъ посылается ежегодно на курорты съ желѣзными и стальными источниками, при чемъ значительная часть больныхъ возвращается домой чувствуя себя гораздо лучше; полученный успѣхъ едва ли можно приписать однимъ водамъ, такъ какъ купаніе, воздухъ, по-

кой и т. д. также не остаются безъ вліянія. Что касается увѣреній курортныхъ врачей, будто сильное разбавленіе минимальныхъ количествъ желѣза,—каковое имѣется въ источникахъ,—составляетъ условіе особенно благопріятствующее его всасыванію, то съ этимъ далеко не всѣ соглашаются.

Неврастеникамъ, очень тучнымъ и страдающимъ въ то же время запорами, могутъ принести нѣкоторое облегченіе источники Маріенбадскіе, Киссингенъ, Тараспъ и др. Леченіе минеральными водами въ указанныхъ мѣстахъ, въ соединеніи съ соотвѣтствующей діэтой и тѣлесными упражненіями, всегда сохранитъ за собою значеніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно, въ сравнительно короткое время, добиться при тучности значительнаго пониженія вѣса тѣла, не ослабляя при этомъ организма.

Изъ желѣзныхъ водъ, число которыхъ очень велико, можно указать для примѣра на Липецкія минеральныя воды. Franzensbad, Schwalbach, Rippoldsau, Pyrmont, Dax, Luxeuil, Lamalou, Saint-Amand и многіе др. Кромѣ желѣзныхъ водъ назначаются также и мышьяковистыя воды, изъ которыхъ наиболѣе извѣстныя содержатъ въ то-же время и желѣзо, но, къ сожалѣнію, въ видѣ не вполнѣ удобоваримой сѣрнокислой соли его (Levico, Roncegno, Guberquelle). Лучшими представителями этихъ водъ должно считать тѣ, въ которыхъ мышьякъ находится въ соединеніе съ щелочами, потому что онѣ легче переносятся желудкомъ; изъ послѣднихъ, наибольшей извѣстностью пользуется La Bourboule—во Франціи (Бертенсонъ). Особенно можно рекомендовать примѣненіе этихъ водъ на самихъ курортахъ, въ виду того, что, какъ нами было уже сказано, приносятъ значительную пользу: новый упорядоченный образъ жизни, цѣлесообразный пищевой режимъ, климатъ, правильное питье лечебной воды и т. п.

Исходя изъ того положенія, что во многихъ случаяхъ причиной неврастеніи служитъ артритическій діатезъ, нѣкоторые авторы рекомендуютъ спеціально щелочныя и известковыя воды; такъ, напримѣръ, Lagrange совѣтуетъ воды Vichy, Chiais—воды Evian и пр.

Большія надежды, не вполнѣ впрочемъ оправдавшіяся (Löwenfeld), возлагались, и теперь иногда возлагаются, на леченіе неврастеніи подкожнымъ впрыскиваніемъ вытяжекъ изъ нервной ткани. Такъ, Paul рекомендуетъ для этой цѣли пользоваться сѣрымъ веществомъ бараньяго мозга. На основаніи 200 впрыскиваній, произведенныхъ двѣнадцати лицамъ, авторъ приходитъ къ выводу, что впрыскиванія эти оказываютъ очень хорошее топическое дѣйствіе на неврастениковъ. Первое, что больные испытываютъ, это—подъемъ силъ и пріятное самочувствіе. Мышечная слабость замѣтно проходитъ; боли въ области позвоночника быстро исчезаютъ. Постепенно устраняется функціональная слабость мозга, также какъ и многіе другіе симптомы неврастеніи. Удачные случаи леченія неврастеніи подкожными впрыскиваніями описаны Babes'омъ, Evans'омъ, Vetlesen'омъ и др. Первый изъ названныхъ авторовъ совѣтуетъ, между прочимъ, не приступать къ леченію лѣтомъ и соблюдать асептику до мельчайшихъ подробностей. Въ случаѣ Evans'a, больная почувствовала себя очень хорошо уже послѣ 20 впрыскиваній; мозгъ брался кроличій. Zanoni приготовилъ изъ мозга особый препаратъ, названный имъ „Cerebrine“, который, при подкожномъ впрыскиваніи, оказываетъ, по словамъ автора, хорошее дѣйствіе и на неврастениковъ. Stern доказываетъ контрольными опытами, что вліяніе спинно-мозговой вытяжки кролика при истеріи, неврастеніи и tabes'ѣ, основано не на внушеніи.

Примѣняется также при леченіи неврастеніи, хотя и сравнительно рѣдко, вытяжка яичковая, предложенная впервые

въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній Brown-Séquard'омъ въ 1889 году.

Профессоръ Poehl считаетъ главнымъ дѣйствующимъ началомъ сѣмянныхъ железъ добытый имъ сперминъ, который, впрочемъ, находится, хотя и въ болѣе ограниченномъ количествѣ, также и въ другихъ органахъ (какъ напримѣръ: въ щитовидной железѣ, предстательной, яичникахъ и т. д.). Poehl далъ и особую теорію дѣйствія своего спермина, при чемъ онъ предположилъ, что сперминъ обладаетъ свойствомъ возстановлять пониженную окислительную способность крови и усиливать такъ называемое межтканевое окисленіе; а такъ какъ сперминъ является составной частью нормальнаго организма, то на него можно смотрѣть какъ на физіологическое тоническое средство. Кромѣ того, авторъ считаетъ, что сперминъ дѣйствуетъ не химически, а каталитически, ферментативно, т. е., что съ небольшимъ количествомъ его можно произвести въ организмѣ неопредѣленно большую реакцію, характеръ же самаго дѣйствія, какъ было сказано, по мнѣнію Poehl'а, окислительный и тонизирующій (Яновскій). Руководствуясь соображеніями автора, можно было бы считать сперминъ особенно показаннымъ при неврастеническихъ состояніяхъ, которыя находятся въ связи съ аномаліями обмѣна веществъ. Однако наблюденія, произведенныя надъ терапевтическимъ дѣйствіемъ этого средства, дали довольно противорѣчивые выводы: такъ одни врачи приписывали ему безусловно большое терапевтическое значеніе, другіе же,—положительно это отрицали. Въ случаяхъ успѣшнаго его примѣненія, не слѣдуетъ забывать о возможномъ вліяніи психическаго момента. Löwenfeld вынесъ такое впечатлѣніе, что независимо отъ психическаго вліянія, возможно и физіологическое дѣйствіе спермина. Хорошіе результаты въ двухъ случаяхъ тяжелой неврастеніи, были, между прочимъ, получены Salomon'омъ.

На пользу впрыскиваній яичковой вытяжки при леченіи неврастеніи указываетъ еще Reynolds.

Ajello сообщаетъ о прекрасныхъ результатахъ, полученныхъ имъ при назначеніи неврастеникамъ hyperbiotine Malesci, —средства, представляющаго собой вытяжку дѣйствующихъ началъ яичекъ, которое, по мнѣнію автора, должно считаться лучшимъ лекарствомъ при неврастеніи, благодаря его динамогеннымъ, антитоксическимъ и другимъ дѣйствіямъ, оказываемымъ на центральную нервную систему.

На пользу вытяжекъ изъ яичниковъ при неврастеніи указываютъ Hirschkron, Vidal и др. Послѣдній авторъ, основываясь на 61 случаѣ нервной слабости женщинъ, считаетъ вполнѣ раціональнымъ включить оваріотерапію въ сложный арсеналъ лекарственныхъ средствъ, примѣняющихся при неврастеніи у женщинъ.

Ventosa, Dufour и Roques de Fursac находятъ возможнымъ назначеніе неврастеникамъ вытяжки надпочечныхъ железъ. Тамъ, гдѣ въ картинѣ болѣзни преобладаютъ симптомы депрессіи, вытяжка эта можетъ оказаться полезной; во всякомъ случаѣ нужно ее примѣнять съ нѣкоторой разборчивостью, а не у всѣхъ неврастениковъ безъ различія.

При неврастеническихъ состояніяхъ, главнымъ образомъ, французскими врачами были рекомендованы подкожныя впрыскиванія солевыхъ растворовъ, которымъ приписывали такое-же тонизирующее и возбуждающее дѣйствіе, какъ и Brown-Séquard'овской яичковой вытяжкѣ. Основателемъ этой терапіи является Crocq, который, исходя изъ предположенія, что дѣйствіе Brown-Séquard'овской вытяжки обусловлено заключающимися въ ней фосфатами, примѣнилъ, въ видѣ опыта, при неврастеніи, tabes'ѣ и проч., впрыскиванія фосфорно-кислаго натра и, по его заявленію, получилъ хорошіе результаты. Растворъ предложенный Crocq'омъ состоитъ (Luys) изъ 100 частей лавровишневой

воды и двухъ частей фосфорно-кислой извести. Кромѣ раствора Crocq'а, были предложены для той-же цѣли и другіе растворы, содержащіе фосфаты. Такъ напримѣръ:

Lemoine рекомендуетъ для инъекціи жидкость состава:

Natrum phosphor. 3,0g.
Natr. chlorat. 5,0g.
Aq. dest. (перевар.) 100,0g.

Luton предложилъ: Natri phosphor. 5,0g.
Natr. sulfur. 10,0g.
Aq. dest. (переваренная) 100,0g.

Chéron рекомендуетъ жидкость, названную имъ искусственной сывороткой и состоящую изъ:

Natr. sulphur. pur. 10,0g.
Natr. phosphor. pur. 5,0g.
Natr. chlorat. pur. 2,0g.
Acid. carbol. cryst. 1,0g.
Aq. dest. (перевар.) 100,0g.

Примѣняемая Huchard'омъ при неврастеніи жидкость имѣетъ слѣдующій составъ:

Acid. carbol. cryst. 0,5g
Natr. sulphur. pur. 2,5g.
Natr. chlorat. pur. 5,0g.
Natr. phosphor. pur. 10,0g.
Aq. steril. 100,0g.

Впрыскиваютъ жидкость ежедневно или черезъ день въ количествѣ 5—10g.

Fleury пользуется формулой, предложенной Chèron'омъ съ небольшимъ лишь видоизмѣненіемъ:

Natr. sulphur.
Natr. chlorat.
Natr. phosphor. āā 1,0g.
Acid. carbol. cryst. 0,5g.
Aq. steril. 100,0g

Начинаетъ Feury съ впрыскиванія 1,0g. и увеличиваетъ постепенно дозу до 10,0g..

Впрыскиваніе раствора солей, въ частности искусственной сыворотки Chéron'a, пріобрѣло, въ особенности во Франціи, довольно много сторонниковъ. Считаютъ, что эти инъекціи повышаютъ кровяное давленіе и усиливаютъ жизненную энергію нервной системы и всего организма человѣка. Хвалятъ дѣйствіе подкожныхъ впрыскиваній соляныхъ растворовъ при неврастеніи: Luys, Friedmann, Ruta, Dignat, Janet, Fleury и др.

Cosma примѣнялъ при неврастеніи съ нѣкоторымъ успѣхомъ сыворотку Trunecek'a.

Изъ средствъ, заслуживающихъ еще упоминанія при леченіи неврастеніи, укажу на Johimbin-Spiegel, который рекомендуется при неврастеническомъ половомъ безсиліи. Опытами на животныхъ доказано, что это средство оказываетъ несомнѣнное вліяніе на кровообращеніе въ половыхъ органахъ, такъ что нѣтъ основанія причислять Johimbin къ веществамъ, дѣйствующимъ путемъ внушенія. Точно также и многіе врачи сообщаютъ о благопріятныхъ результатахъ, полученныхъ при назначеніи этого средства противъ указаннаго страданія (Lemoine, Williamson и др.). Williamson, напримѣръ,считаетъ, что это средство даже весьма цѣнно, и можетъ оказать большую услугу несчастнымъ неврастеникамъ, возстановляя ихъ половую функцію и тѣмъ самымъ воскрешая вѣру въ самихъ себя. Средняя доза равна 0,005 Johimbinum muriaticum (обычно въ таблеткахъ) 3 раза въ день. Назначая это средство, не слѣдуетъ забывать и о другихъ терапевтическихъ пріемахъ полезныхъ при безсиліи.

III. Климатическое леченіе.

Едва-ли можетъ подлежать сомнѣнію, что люди обязаны отчасти нѣкоторыми своими тѣлесными и душевными отличи-

тельными чертами мѣстнымъ вліяніямъ, подъ которыми они находились долгое время. Южанинъ отличается многими особенностями отъ сѣверянина той же націи; жители горъ—отъ жителей равнинъ. Вліяніе климата на человѣческій организмъ весьма значительно. Но кромѣ медленнаго, продолжительнаго дѣйствія климата, нельзя не замѣтить, что послѣдній оказываетъ также и быстрое, скоро проходящее вліяніе на каждаго человѣка въ отдѣльности, главнымъ образомъ на состояніе его здоровья. Подобно тому, какъ мы можемъ говорить о вредномъ для здоровья климатѣ, также точно можемъ говорить и о климатѣ полезномъ, благотворно отражающемся на организмѣ человѣка и иногда даже помогающемъ ему бороться съ тѣмъ или инымъ страданіемъ. Какія же климатическія условія особенно полезны неврастенику?

Какъ врачамъ, такъ и не врачамъ хорошо извѣстно изъ повседневнаго опыта (Löwenfeld *), что на людяхъ нервныхъ, особенно сильно отражается состояніе погоды. Рѣзкія ея перемѣны, вліяя иногда даже на людей здоровыхъ, тѣмъ болѣе сказываются на страдающихъ нервами. Такой больной, вслѣдъ за внезапной перемѣной погоды, можетъ себя сразу почувствовать значительно хуже: появляются головокруженіе, тяжесть въ головѣ, боли и парестезіи, слабость во всѣхъ членахъ, безсонница и цѣлый рядъ другихъ непріятныхъ симптомовъ. Если же задать себѣ вопросъ. благодаря какимъ факторамъ погода дѣйствуетъ на наше самочувствіе, то оказывается, что носителемъ таковыхъ служитъ атмосферный воздухъ. Колебанія воздуха въ отношеніи его температуры, степени влажности, давленія, количества электричества, движенія и содержанія озона, составляютъ то, что мы называемъ перемѣною погоды. Этимъ объясняется то могучее воздѣйствіе, которое часто оказываютъ перемѣны въ атмосферномъ воздухѣ на нервно-больныхъ.

*) Luftkuren.

Свойствами погоды обусловливается климатъ опредѣленной мѣстности, и каждая мѣстность имѣетъ свой особый климатъ: въ большихъ городахъ можно даже говорить о различномъ климатѣ различныхъ частей города.

Посылая неврастеника въ отдаленную отъ его обычнаго жительства мѣстность, мы этимъ въ состояніи не только избавить его отъ вреднаго воздѣйствія климата, въ которомъ онъ жилъ, но и поставить его въ такія климатическія условія, которыя дѣйствовали бы благопріятно на его болѣзнь. Однако цѣлебное вліяніе перемѣны воздуха никоимъ образомъ не зависитъ только отъ опредѣленнаго гигіеническаго состава его, или отъ извѣстныхъ климатическихъ отношеній. Подобно тому, какъ деревенскій житель можетъ почувствовать себя лучше, пробывъ нѣкоторое время въ городѣ, такъ точно горожанинъ можетъ испытать на себѣ благотворное вліяніе деревни, переселенія изъ одного города въ другой или еще болѣе продолжительнаго путешествія. Какіе факторы при этомъ оказываются дѣйствительными, не всегда удается опредѣлить.

Горожане для перемѣны воздуха въ теченіе лѣта обычно переѣзжаютъ въ деревню, такъ какъ деревня, на ряду съ измѣненными климатическими условіями, представляетъ, или по крайней мѣрѣ можетъ представить цѣлый рядъ важныхъ для здоровья преимуществъ, а именно: меньшее загрязненіе воздуха пылью и микроорганизмами, большую возможность пребыванія и движенія на открытомъ воздухѣ, болѣе покойную обстановку и связанное со всѣмъ этимъ устраненіе неблагопріятныхъ вліяній домашней или дѣловой жизни, которое не зависитъ, конечно, отъ самой перемѣны воздуха. Во всякомъ случаѣ, не слѣдуетъ никоимъ образомъ думать, что перенесеніе мѣста жительства изъ города въ деревню всегда приноситъ существенную пользу больнымъ. Для того. чтобы пребываніе въ деревнѣ дѣйст-

вительно оказалось полезнымъ, оно должно отвѣчать извѣстнымъ требованіямъ, которыя не всегда могутъ быть удовлетворяемы въ деревнѣ. Больной, въ избранномъ имъ для жительства мѣстѣ, долженъ располагать большимъ, соотвѣтствующимъ гигіеническимъ требованіямъ, помѣщеніемъ, имѣть возможность совершать прогулки въ тѣни, въ особенности въ лѣсу, пользоваться хорошимъ уходомъ и, въ случаѣ надобности, купаніемъ. Особенно важное значеніе имѣетъ, при нервныхъ состояніяхъ слабости, пользованіе лѣснымъ воздухомъ. Полезными факторами при этомъ служатъ: бо̀льшая свѣжесть воздуха въ лѣсу въ теченіе лѣта (по изслѣдованіямъ Ebermeyer'а, разница между t° въ лѣсу и t° его окрестностей въ самое жаркое время достигаетъ 6° C), относительно бо̀льшая влажность, смягченный солнечный свѣтъ, а также бо̀льшее содержаніе въ лѣсномъ воздухѣ озона.

Подобно тому, насколько лѣтнее пребываніе въ деревнѣ благопріятно отражается на больномъ, по крайней мѣрѣ перемѣной воздуха, на столько же хорошо дѣйствуютъ путешествія, въ особенности продолжительныя экскурсіи. Однако при путешествіяхъ благотворное дѣйствіе перемѣны воздуха весьма часто нейтрализуется цѣлымъ рядомъ вредныхъ условій. Постоянные переѣзды съ мѣста на мѣсто,—что облегчается нашими способами передвиженія,—а также стремленіе видѣть какъ можно больше въ возможно короткій срокъ, ведутъ къ тому, что путешествія требуютъ и отъ здороваго человѣка извѣстнаго напряженія. Что люди съ сильно расшатанными нервами не могутъ при этомъ отдохнуть, а лишь еще болѣе ухудшаютъ свое состояніе, само собой понятно. Только въ случаяхъ легкаго нервнаго утомленія, при которыхъ имѣется въ наличности еще достаточный запасъ духовной энергіи, возможно ожидать пользу, или по крайней мѣрѣ не вредъ отъ подобныхъ путешествій. При

экскурсіяхъ опасность отъ слишкомъ частой смѣны внѣшнихъ впечатлѣній значительно меньше, но зато существуетъ опасность тѣлеснаго переутомленія; по этому послѣдній видъ путешествій можетъ быть рекомендованъ лишь тѣмъ неврастеникамъ, которые располагаютъ выносливостью и достаточными физическими силами.

Одно лишь пребываніе въ деревнѣ, въ любомъ мѣстѣ, если оно только соотвѣтствуетъ указаннымъ выше требованіямъ, уже можетъ во многихъ случаяхъ нервной слабости оказаться полезнымъ; тѣмъ не менѣе не всегда такія условія достаточны, чтобы вызвать перемѣну къ лучшему въ болѣзненномъ состояніи, а при нѣкоторыхъ климатическихъ особенностяхъ даннаго мѣста, оно можетъ даже оказаться вреднымъ.

Болѣе всего слѣдуетъ рекомендовать пребываніе въ любой деревнѣ въ свѣжихъ случаяхъ нервной слабости, въ особенности, если таковые развились вслѣдъ за истощающими болѣзнями или потерями крови; въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ также могутъ получить облегченіе тѣ больные, у которыхъ еще не наблюдается никакихъ серьезныхъ симптомовъ. Но не такъ приходится поступать, если имѣется дѣло съ длительными и рѣзко выраженными нервными разстройствами: желая принести пользу перемѣной воздуха, мы должны тутъ поставить паціента въ такія климатическія условія, которыя значительно рознились бы отъ таковыхъ обычнаго мѣстожительства больного. Особенно оказываются дѣйствительными климатъ горный и морской.

Горный климатъ.

Примѣненіе климата, и въ частности горнаго, съ цѣлью укрѣпленія организма и леченія нѣкоторыхъ болѣзней мы встрѣчаемъ съ 19-го столѣтія.

Вліяніе, оказываемое высотой извѣстной мѣстности надъ уровнемъ моря, на климатъ послѣдней зависитъ отъ ея географическаго положенія и усиливается въ общемъ съ увеличеніемъ градусовъ широты (Löwenfeld). Вслѣдствіе этого высота надъ уровнемъ моря, обусловливающая горный климатъ, будетъ въ средней Европѣ иная, нежели въ южной, а въ южной Европѣ иная, чѣмъ между тропиками. Въ южной Германіи мѣста, расположенныя ниже 600—700 метровъ, едва ли могутъ быть причислены къ мѣстностямъ съ горнымъ климатомъ. Для южной Германіи, а также для щвейцарскихъ и австрійскихъ Альпъ, различаются слѣдующія три степени горнаго климата, обусловленныя различными высотами:

Субъ-альпійскій климатъ при высотѣ 600—1000 m.
Альпійскій „ „ „ 1000—1400 m.
Климатъ высокихъ горъ „ „ 1400—2000 m. и выше.

Отличаютъ также еще климатъ предъ-альпійскій для мѣстъ, расположенныхъ на высотѣ 300—600 m. надъ уровнемъ моря. Мѣстности съ подобной высотой положенія могутъ однако, въ зависимости отъ ихъ расположенія, представлять весьма различныя климатическія условія.

Факторы, характеризующіе горный климатъ по сравненію съ климатомъ равнинъ и рѣзче всего выраженные въ климатѣ высокихъ горъ,—слѣдующіе: бо̀льшее или меньшее разряженіе воздуха въ зависимости отъ высоты поднятія надъ уровнемъ моря (пониженное барометрическое давленіе), пониженіе t^0 и увеличеніе сухости воздуха, болѣе рѣзкая инсоляція и освѣщеніе, значительныя различія t^0, въ особенности на солнцѣ и въ тѣни, а также днемъ и ночью, болѣе сильное движеніе воздуха лѣтомъ, болѣе быстрое образованіе облаковъ и осадковъ, повышенное содержаніе озона, болѣе значительное заряженіе атмосферы положительнымъ электричествомъ и большее содержаніе въ воздухѣ радіоактивныхъ веществъ (Saake).

Съ пребываніемъ въ горахъ въ подходящей мѣстности, кромѣ климатическихъ факторовъ, связаны еще и другія различныя условія, значеніе которыхъ, какъ полезныхъ моментовъ, не вполнѣ точно поддается опредѣленію, но все-же далеко не можетъ считаться второстепеннымъ; сюда относится: спокойствіе окружающей обстановки, красивый ландшафтъ, доставляющій своими частыми перемѣнами удовольствіе взору больного и вызывающій въ немъ подъемъ чувствъ; возможность совершать продолжительныя лѣсныя прогулки и восхожденія на горы, купанья въ освѣжающихъ водахъ озера, или въ водахъ текучихъ, катаніе на лодкѣ и т. п. Только въ горахъ имѣется цѣлый рядъ моментовъ, которые даютъ пищу уму и въ то-же время его не утомляютъ, и которые предоставляютъ въ распоряженіе тѣла всѣ ступени полезныхъ упражненій, начиная отъ простыхъ прогулокъ и кончая трудными восхожденіями на горы.

Физіологическое вліяніе горнаго климата, отчасти впрочемъ скоро проходящее и подлежащее индивидуальнымъ колебаніямъ, проявляется: въ повышеніи сердечной дѣятельности и частоты дыханія, въ увеличеніи жизненной емкости легкихъ и усиленіи дыхательныхъ мышцъ, въ усиленіи кровотворенія (увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ), въ повышеніи обмѣна веществъ, аппетита и кожной дѣятельности. Въ общемъ, характеръ климата—возбуждающій и повышающій энергію большинства жизненныхъ функцій. Для полнаго однако проявленія подобнаго вліянія, требуется, чтобы организмъ былъ еще до нѣкоторой степени работоспособнымъ. Кромѣ того, играютъ здѣсь роль и индивидуальныя особенности организма.

Первое время пребыванія въ горахъ оказываетъ иногда на жителя равнинъ неблагопріятное вліяніе въ различныхъ отношеніяхъ, въ особенности же вредитъ его сну и аппе-

титу. Egger объясняетъ это относительной oligocythaemi'ей, т. е., недостаточнымъ числомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ при данномъ рязряженіи воздуха. Эти нежелательныя вліянія обнаруживаются однако не только въ высокомъ горномъ климатѣ, но и при нахожденіи въ умѣренныхъ высотахъ; во всякомъ случаѣ, они обыкновенно проходятъ и ничуть не отражаются вредно на конечномъ успѣшномъ результатѣ пребыванія въ горахъ.

При очень высокомъ расположеніи избраннаго мѣста жительства, а именно на очень высокихъ горахъ, разница въ климатическихъ условіяхъ можетъ такъ сильно отразиться на жителѣ равнинъ, что акклиматизація въ высокой степени затрудняется, а иногда даже становится невозможной; наступаетъ рядъ разстройствъ, которыя въ ихъ общей совокупности извѣстны подъ именемъ горной болѣзни. Проявляется эта болѣзнь чувствомъ сухости во рту и глоткѣ, жаждой, плохимъ сномъ, сердцебіеніемъ, затрудненіемъ дыханія, вялостью или возбужденіемъ, головокруженіемъ и склонностью къ обморокамъ. У неврастениковъ, у которыхъ подобныя разстройства существовали уже и ранѣе, часто наблюдается въ началѣ усиленіе послѣднихъ. По мнѣнію Ludwig'a, явленія эти особенно легко наступаютъ вслѣдъ за восхожденіями на горы и продолжительными путешествіями по глетчерамъ и снѣжнымъ полямъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ симптомы эти держатся продолжительное время, нельзя, разумѣется, ничего ожидать хорошаго отъ продленія леченія и слѣдуетъ возможно скоро прекратить его.

Затрудненія, связанныя съ акклиматизаціей на высокихъ горахъ, могутъ, впрочемъ, быть уменьшены, а иногда даже и устранены тѣмъ, что больныхъ, которые должны провести продолжительное время на высотѣ болѣе 1400 m., заставляютъ временно останавливаться, какъ бы на промежуточной станціи, на высотѣ менѣе 1000 m. Подобныя предосторожности часто давали хорошіе результаты.

Лицамъ, живущимъ въ очень низменныхъ мѣстахъ, рекомендуется также и при возвращеніи съ высокихъ горъ, въ особенности, если послѣднее совпадаетъ съ теплымъ временемъ года, останавливаться временно на промежуточной высотѣ,—ниже 1000 m.

Что касается терапевтическаго значенія отдѣльныхъ физическихъ факторовъ, свойственныхъ горному климату, то въ этомъ отношеніи взгляды невполнѣ сходятся; въ особенности расходятся они въ вопросѣ о вліяніи разряженнаго воздуха, которому приписывали недавно еще большое значеніе, опираясь на измѣненія крови, наблюдающіяся въ высокихъ горахъ. Въ этихъ измѣненіяхъ крови увидѣли существенный, въ лечебномъ отношеніи, моментъ, обусловливающій вліяніе высокаго горнаго климата на человѣческій (въ особенности больной) организмъ, и, понятно, врачи, въ особенности горныхъ климатическихъ станцій, усвоили себѣ положеніе M i e s c h e r'a, согласно которому тотъ горный климатъ—наилучшій и наиболѣе цѣлительный, который обнаруживаетъ максимумъ haemopoet'ической реакціи (измѣненіе крови) на ряду съ минимумомъ акклиматизаціонныхъ неудобствъ.

Многочисленныя изслѣдованія, произведенныя въ теченіе послѣднихъ 12-ти лѣтъ, какъ на возвышенностяхъ, такъ и въ физіологическихъ лабораторіяхъ, имѣющія своей цѣлью опредѣлить вліяніе разряженнаго воздуха на кровь людей и животныхъ, дали однако, въ большинствѣ случаевъ, противорѣчивые результаты.

Въ то время, какъ одни врачи, занимающіеся этимъ вопросомъ, высказались, на основаніи своихъ наблюденій, въ пользу того, что у людей, жителей равнинъ, наступаетъ всегда въ горахъ измѣненіе въ крови, а именно увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ, другіе, работавшіе отчасти въ очень высоко расположенныхъ мѣстностяхъ, пришли къ отрицательнымъ выводамъ. По этому пытались положитель-

ныя наблюденія, касающіяся увеличенія кровяныхъ шариковъ (resp. содержанія гемоглобина въ крови), свести,—съ одной стороны, къ различному распредѣленію плотныхъ и жидкихъ составныхъ частей крови или къ сгущенію послѣдней, вслѣдствіе усиленнаго испаренія съ поверхности тѣла,—съ другой же, къ ошибкамъ въ наблюденіяхъ, причина которыхъ лежитъ въ употребляемыхъ при этомъ аппаратахъ. Mosso, одинъ изъ авторитетныхъ изслѣдователей альпинизма, также отстаивалъ мнѣніе, что горный климатъ вызываетъ увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ въ крови. Только изслѣдованіями, произведенными въ новѣйшее время Loewy вмѣстѣ съ Zuntz'омъ и другими на Monte Rosa, повидимому, окончательно разсѣяны сомнѣнія, касающіяся увеличенія числа красныхъ кровяныхъ шариковъ при пребываніи въ высокихъ горахъ. Loewy доказалъ, что общее содержаніе гемоглобина у опытныхъ животныхъ на Monte Rosa было значительнѣе, нежели у контрольныхъ животныхъ, остававшихся въ Bern'ѣ, и что костный мозгъ принималъ дѣятельное участіе въ новообразованіи кровяныхъ тѣлецъ. Усиленіе кроветворенія, въ высокихъ горахъ, по Loewy, продолжается въ теченіе всего пребыванія въ нихъ.

Для людей, страдающихъ неврастеніей, разряженіе воздуха въ горахъ и вызванное этимъ измѣненіе крови играетъ въ общемъ меньшую роль, нежели сильныя воздушныя теченія; въ пользу справедливости подобнаго положенія говоритъ то обстоятельство, что горный климатъ можетъ оказывать цѣлебное дѣйствіе и на такихъ больныхъ, составъ крови и состояніе питанія которыхъ вполнѣ нормальны, и для которыхъ, слѣдовательно, увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ не можетъ имѣть существеннаго значенія.

Горные курорты, отличающіеся прохладой въ лѣтніе мѣсяцы, обязаны этимъ преимуществомъ господствующимъ

тамъ движеніямъ воздуха, а не исключительно своему высокому положенію. Выгоды, связанныя съ сильными воздушными теченіями въ продолженіе дня, имѣютъ для живущаго въ такомъ мѣстѣ важное значеніе: болѣе или менѣе сильныя движенія воздуха вызываютъ, кромѣ закаливанія кожныхъ нервовъ, также и большее кровенаполненіе кожныхъ сосудовъ и тѣмъ отвлекаютъ кровь отъ внутреннихъ органовъ. Вызывая усиленную теплоотдачу и увеличивая испареніе съ поверхности тѣла, эти движенія воздуха повышаютъ по всей вѣроятности обмѣнъ веществъ и аппетитъ; кромѣ того, доставляя прохладу, они даютъ возможность больному производить больше движеній, оставаться дольше на воздухѣ и этимъ самымъ пользоваться продолжительнымъ воздѣйствіемъ тепловыхъ и свѣтовыхъ лучей, что въ свою очередь способствуетъ усиленію обмѣна веществъ и аппетита.

Также Mosso, изъ различныхъ факторовъ горнаго климата, придаетъ въ лечебномъ отношеніи главное значеніе движенію воздуха. „Леченіе горнымъ воздухомъ", говоритъ авторъ, „сходно, по своему дѣйствію, съ водолеченіемъ, только вмѣсто душъ и холодныхъ купаній, на тѣло дѣйствуютъ укрѣпляющій воздухъ, вѣтеръ и солнце. Другими цѣлебными факторами горнаго климата служатъ: свѣтъ и движеніе. Послѣднее дѣйствуетъ на кровь и лимфо-обращеніе. Точно также, необходимо принять во вниманіе и окружающую природу, методическое подчиненіе предписанному леченію и болѣе здоровый, нормальный образъ жизни".

Большая часть горныхъ курортовъ Германіи, а также австрійскихъ и швейцарскихъ Альпъ, въ особенности курорты лѣтніе, расположенные на высотѣ ниже 1000 m., страдаютъ недостаточнымъ, какъ по силѣ, такъ и продолжительности, движеніемъ воздуха, въ до—и послѣ-обѣденные часы.

Если намъ приходится дѣлать выборъ изъ подобныхъ мѣстъ, то прежде всего мы должны обратить вниманіе на

то, чтобы по близости находились тѣнистыя лѣсистыя мѣстности, такъ какъ только онѣ,—по крайней мѣрѣ большинству нервно-больныхъ—даютъ возможность продолжительнаго пребыванія и движенія на воздухѣ. Во всякомъ случаѣ нельзя не согласиться съ тѣмъ, что близость лѣсовъ далеко еще не возмѣщаетъ недостающихъ воздушныхъ теченій. Лѣсной воздухъ, не смотря на богатство озона, не можетъ еще оказывать такого вліянія, какъ легко подвижной воздухъ высокихъ горныхъ, или прибрежныхъ мѣстностей. Всѣмъ, впрочемъ, хорошо извѣстно, что, въ жаркіе лѣтніе дни, духота часто ощущается и въ лѣсахъ.

По наблюденіямъ Löwenfeld'a, вліяніе горнаго климата, при состояніяхъ нервной слабости, проявляется двоякимъ путемъ: непосредственнымъ и посредственнымъ. Непосредственныя вліянія—тѣ, которыя обусловливаются прямымъ воздѣйствіемъ соотвѣтствующихъ климатическихъ факторовъ на нервную систему и весьма скоро обнаруживаютъ свое дѣйствіе. Посредственныя же вліянія обнаруживаются постепенно и сводятся къ вызваннымъ климатомъ измѣненіямъ обмѣна веществъ и общаго питанія, къ которымъ причастна также и нервная система. Непосредственное воздѣйствіе горнаго климата сказывается при этомъ часто въ значительномъ повышеніи двигательной энергіи, въ устраненіи непріятныхъ симптомовъ со стороны головы и въ улучшеніи аппетита. Посредственныя, лишь постепенно сказывающіяся вліянія, дѣйствуютъ у неврастениковъ, главнымъ образомъ, на пониженную умственную и физическую работоспособность и повышенную душевную возбудимость, на длительныя нервныя диспепсіи и на симптомы нервной сердечной слабости. Также очень высокія степени общей мускульной слабости обыкновенно улучшаются послѣ продолжительнаго пребыванія въ горахъ.

Если обратить вниманіе на то, какъ вліяютъ различныя

степени горнаго климата на симптомы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, то необходимо прежде всего отмѣтить, что неврастеники съ ясно повышенной возбудимостью сосудистаго и сердечнаго нервнаго аппарата не должны въ общемъ пользоваться высокимъ горнымъ климатомъ. Болѣзненные симптомы такихъ паціентовъ: склонность къ головокруженію, приливы крови къ головѣ и сердцебіеніе при малѣйшихъ поводахъ, длительныя аномаліи сердечной дѣятельности и связанныя съ ними состоянія страха—обыкновенно рѣзко ухудшаются во время пребыванія на высокихъ горахъ, не прекращаются не смотря на продолжительное выжиданіе и принуждаютъ паціентовъ покинуть данную мѣстность.

Изъ климатическихъ факторовъ высокихъ горъ, вредно дѣйствующихъ на указанный типъ неврастениковъ, разряженіе воздуха, которое прежде всего обращаетъ на себя вниманіе, едва-ли играетъ существенную роль. Скорѣе всего можно допустить, что вредно дѣйствуютъ на самочувствіе подобныхъ неврастениковъ сильныя теченія воздуха высоко расположенныхъ мѣстъ.

Больные эти, находясь въ другихъ, также возвышенныхъ мѣстахъ, но съ меньшимъ движеніемъ воздуха, могутъ себя чувствовать вполнѣ удовлетворительно.

Случаи неврастеніи, осложненные артеріосклерозомъ, и такіе, при которыхъ отмѣчается продолжительная тяжелая безсонница, также не подлежатъ леченію въ высокихъ горахъ. Съ этимъ въ настоящее время согласны почти всѣ авторы. Между прочимъ Ruiz, говоря о леченіи горнымъ климатомъ нервныхъ болѣзней, замѣчаетъ, что его не слѣдуетъ назначать лицамъ въ очень преклонномъ возрастѣ, преждевременно одряхлѣвшимъ, артеріосклеротикамъ, нефритикамъ и т. п.

Особенно пригодны для леченія высокимъ альпійскимъ климатомъ тѣ состоянія истощенія, которыя, являясь слѣд-

ствіемъ усиленныхъ умственныхъ напряженій, проявляются пониженной физической и умственной работоспособностью, но не сопровождаются тяжелымъ разстройствомъ сна.

Хорошее вліяніе на значительное большинство неврастениковъ, оказываютъ мѣста, расположенныя на высотѣ отъ 1200—600 m., коль скоро мѣстности эти удовлетворяютъ указаннымъ выше требованіямъ (близость лѣсовъ, въ случаѣ недостаточныхъ воздушныхъ теченій).

При подобной высотѣ мѣстности, только сонъ можетъ оказаться въ условіяхъ, не вполнѣ ему благопріятствующихъ. Несравненно чаще, нежели въ мѣстахъ расположенныхъ ниже 1000 m., сонъ рѣзко нарушается въ выше лежащихъ лѣтнихъ курортахъ, въ особенности въ мѣстностяхъ съ высокимъ альпійскимъ климатомъ. Дѣйствіе недостаточнаго сна, въ мѣстахъ не очень высокихъ, во всякомъ случаѣ рѣзко отличается отъ таковаго на большихъ высотахъ.

На высотахъ ниже 1000 m. дѣйствіе недостаточнаго сна на нервную систему остается не компенсированнымъ; вслѣдствіе этого все болѣе и болѣе обнаруживается вредное его вліяніе на общее состояніе нервовъ больного, такъ что паціентъ возвращается иногда домой въ худшемъ состояніи, нежели до отъѣзда. На высокихъ горахъ, недостаточный сонъ часто не оказываетъ подобнаго неблагопріятнаго дѣйствія на общее самочувствіе. Дефицитъ во снѣ не препятствуетъ укрѣпленію нервной системы и, такимъ образомъ, становится понятнымъ, что нѣкоторыя лица цѣлый рядъ лѣтъ посѣщаютъ высоко расположенные курорты, несмотря на то, что они тамъ плохо спятъ.

На нервныя разстройства пищеварительнаго аппарата, спеціально на нервную диспепсію, различныя степени горнаго климата могутъ дѣйствовать благопріятно.

Фиксированныя и давно существующія фобіи, въ особенности топофобіи и другія, также какъ и длительныя изоли-

рованныя состоянія половой слабости не получаютъ, по наблюденіямъ Löwenfeld'a, существеннаго облегченія. Такіе больные, находясь въ горахъ, могутъ, правда, себя чувствовать болѣе бодрыми и свободными отъ фобій, но, возвратившись въ городъ, снова начинаютъ испытывать большія затрудненія при переходахъ черезъ площади и улицы.

Не многаго можно ожидать отъ пребыванія въ горахъ и при навязчивыхъ представленіяхъ.

Въ случаяхъ истеро-неврастеніи, леченіе воздухомъ приноситъ часто значительную пользу, и при выборѣ высоты курорта, а также и морского климата, должно руководствоваться тѣми-же соображеніями, какъ и при неврастеніи.

Къ авторамъ, которые особенно настаиваютъ на хорошемъ дѣйствіи горнаго климата при неврастеніи, относится между прочимъ Fleury. Онъ пишетъ, что леченіе воздухомъ и въ горахъ представляется ему однимъ изъ самыхъ раціональныхъ, дѣйствительныхъ и вѣрныхъ средствъ, способныхъ побѣдить болѣзнь Beard'a. Одно лишь при этомъ неудобство, что указанный способъ леченія доступенъ не въ одинаковой степени всѣмъ больнымъ, такъ какъ требуетъ свободнаго времени и значительныхъ издержекъ.

Замѣчу еще, что Ziemssen считаетъ наиболѣе цѣлесообразнымъ для больныхъ поселиться, около средины весны, на высотѣ отъ 500—800 m., а лѣто провести на высотѣ 1500—1800 m. Самымъ удобнымъ временемъ для леченія служатъ въ общемъ лѣтніе мѣсяцы, приблизительно отъ середины іюня до середины сентября.

Что касается тѣхъ мѣстъ, куда слѣдуетъ посылать больныхъ, то трудно дать точныя указанія, такъ какъ все зависитъ отъ средствъ, отъ мѣста жительства и привычекъ паціента; кромѣ того, каждый врачъ имѣетъ ему лично хорошо извѣстные курорты, куда онъ по большей части посылаетъ обращающихся къ нему больныхъ. Изъ болѣе из-

вѣстныхъ высокихъ горныхъ климатическихъ станцій можно указать для примѣра на С-тъ Морицъ въ швейцарскихъ Альпахъ, одинъ изъ лучшихъ курортовъ въ Европѣ; на Ароза съ великолѣпнымъ горнымъ ландшафтомъ и обширными еловыми лѣсами и т. д. Кромѣ того Kothe, напримѣръ, хвалитъ среднія Тюрингенскія высоты—спеціально Friedrichsbroda; Fiessinger—маленькій городъ St.-Claude на французской Юрѣ; Pearce—американскія высоты: Южную Калифорнію и Новую Мексику и т. д. Куда бы мы не посылали, обращающихся къ намъ за совѣтомъ, неврастениковъ, одно необходимо помнить, что горный климатъ самъ по себѣ не оказываетъ на нашихъ больныхъ специфическаго дѣйствія, а потому нужно прежде всего имѣть въ виду склонности самаго больного, а также наиболѣе удобную для нихъ самихъ горную мѣстность.

Морской климатъ.

Море оказываетъ благотворное вліяніе на человѣческій организмъ тремя имъ совмѣщаемыми цѣлебными силами: воздухомъ, свѣтомъ и водой. Важнѣйшимъ изъ этихъ факторовъ является морской воздухъ; онъ какъ-бы ополаскиваетъ тѣло посѣтителя все время его пребыванія у моря, въ особенности, при нахожденіи на самомъ берегу; въ то-же время больной и съ каждымъ вдохомъ принимаетъ въ себя морской воздухъ. Какія громадныя количества воздуха приходятъ въ соприкосновеніе съ дыхательными органами, показываетъ слѣдующее вычисленіе: взрослый человѣкъ во время спокойнаго дыханія дѣлаетъ въ минуту 16 вдыханій и втягиваетъ съ каждой инспираціей въ среднемъ 0,65 лит. воздуха въ легкія, т. е. въ теченіе одного часа 625,8 лит., а въ 1 день круглымъ счетомъ 15,000 лит. Понятно, что ежедневное пользованіе такимъ количествомъ воздуха, въ

продолженіе цѣлыхъ недѣль, въ полезномъ для здоровья составѣ, должно оказать значительное дѣйствіе, какъ на органы дыханія, такъ и на обмѣнъ газовъ и веществъ организма (Hiller).

Морской климатъ наблюдается на берегу моря, въ большей степени на маленькихъ островахъ и, наконецъ, во время морскихъ путешествій въ открытомъ морѣ. Въ общемъ, морской климатъ (Löwenfeld) дѣлится на прибрежный и на климатъ острововъ. Рѣзче выраженнымъ и болѣе дѣйствительнымъ оказывается климатъ маленькихъ острововъ. По сравненію съ климатомъ континентальнымъ, морской характеризуется главнымъ образомъ большею равномѣрностью температуры, большей плотностью (болѣе высокимъ барометрическимъ давленіемъ), усиленной влажностью, сильными воздушными теченіями, вслѣдствіе мѣстныхъ—вызываемыхъ неравномѣрнымъ нагрѣваніемъ отъ моря и суши—вѣтровъ, и вѣтровъ общихъ и большимъ содержаніемъ озона въ воздухѣ.

Долгое время всѣми считалось, что морской воздухъ отличается отъ воздуха материка извѣстнымъ въ немъ содержаніемъ соли, и послѣднему обстоятельству придавалось большое значеніе. Между тѣмъ изслѣдованіями Mittermaier'a, E. Friedrich'a, Hiller'a и др. доказано, что мнѣніе это, въ общемъ, неправильно: морской воздухъ содержитъ солевыя частички только у самаго берега при вѣтренной погодѣ,—частички, которыя попадаютъ въ воздухъ благодаря распыленію морской воды. Морской воздухъ содержитъ также, независимо отъ его большей плотности, больше кислороду, нежели воздухъ материковый, и немного меньше угольной кислоты; первое обстоятельство однако, по мнѣнію Fränkel'a и Geppert'a, не влечетъ за собою большее воспріятіе легкими кислорода; кромѣ того, морской воздухъ отличается большей чистотой, т. е. отсутствіемъ пыли и вредныхъ началъ.

Что касается дѣйствія морского воздуха на здоровый и больной организмъ, то въ этомъ отношеніи, пока, мало добыто достовѣрныхъ данныхъ. Видимо прочно установленными являются: нѣкоторое замедленіе сердечной дѣятельности и уменьшеніе частоты дыханія, усиленная теплопотеря, вызванная болѣе сильными воздушными теченіями, а также быть-можетъ и большей влажностью воздуха, связанное съ этимъ поднятіе обмѣна веществъ и аппетита, увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ (Malassez, Marestang) и большее богатство крови въ кожѣ.

Относительно вліянія морского климата специально на нервную систему, то оно можетъ считаться успокоивающимъ и тонизирующимъ—само собой понятно—при достаточно долгомъ пребываніи у моря. Дѣйствіе успокоивающее, по всей вѣроятности, обусловливается большей плотностью и влажностью воздуха, большимъ въ немъ содержаніемъ озона, также какъ и большею равномѣрностью его температуры; дѣйствіе тонизирующее зависитъ отъ сильныхъ воздушныхъ теченій, чѣмъ, на-ряду съ извѣстнымъ закаливаніемъ кожныхъ нервовъ, достигается также усиленіе обмѣна веществъ и улучшеніе аппетита.

Кромѣ успокоивающаго вліянія указанныхъ факторовъ, морской климатъ дѣйствуетъ въ томъ-же направленіи на больного и своей окружающей обстановкой, располагающей къ успокоенію и отдыху.

Тонизирующее и успокоивающее дѣйствіе морского воздуха не всегда однако дѣйствуютъ одинаково во всѣхъ случаяхъ: нѣкоторые неврастеники и истерички положительно не выносятъ пребыванія у моря. Подъ вліяніемъ морского климата у подобныхъ больныхъ нерѣдко появляются усиленная раздражительность, безсонница, упадокъ аппетита и общая слабость. Иногда эти явленія—скоропроходящія и могутъ быть устранены сокращеніемъ времени

пребыванія на берегу; въ другихъ однако случаяхъ, ухудшеніе состоянія становится постояннымъ и можетъ быть устранено лишь совершеннымъ удаленіемъ отъ моря. Еще чаще, нежели пользованіе однимъ морскимъ воздухомъ, вредно дѣйствуетъ одновременное купаніе въ холодной морской водѣ.

Что касается спеціальныхъ показаній, относящихся къ пользованію морскимъ климатомъ, то слѣдуетъ прежде всего принять во вниманіе, что, въ отдѣльныхъ морскихъ курортахъ, дѣйствительные факторы климата подвержены значительнымъ колебаніямъ, въ зависимости отъ географическаго положенія мѣста, времени года и другихъ условій. Особенно это относится къ воздушнымъ теченіямъ, которыя въ лечебномъ отношеніи имѣютъ, среди факторовъ морского климата, такое-же значеніе, какъ и среди таковыхъ—климата горнаго. Нѣмецкіе острова сѣвернаго моря, обладающіе ясно выраженнымъ морскимъ климатомъ и весьма пріятные для лѣтняго пребыванія въ виду ихъ прохлады, отличаются сильными воздушными теченіями (морскими вѣтрами); гдѣ этихъ теченій не имѣется, не можетъ быть рѣчи о ясно выраженномъ морскомъ климатѣ, будь это даже на островѣ.

На побережіи Балтійскаго моря, во многихъ мѣстахъ, отсутствуетъ, по крайней мѣрѣ въ теченіе значительной части жаркаго времени года, освѣжающій морской вѣтеръ; но за то въ прибалтійскихъ курортахъ имѣются великолѣпныя лѣсистыя мѣстности, какихъ мы нигдѣ не встрѣчаемъ въ суровомъ климатѣ Сѣвернаго моря.

Слѣдуетъ еще обратить вниманіе и на слѣдующее обстоятельство. Какъ въ Альпахъ, такъ и у моря, для временной прохлады мѣстности, имѣетъ громадное значеніе не только сила господствующаго воздушнаго теченія, но также его происхожденіе и направленіе. Въ Альпахъ осо-

бенно боятся вѣтровъ Спрокко и Фёнъ изъ-за ихъ свойства вызывать повышеніе температуры и разслаблять нервы. Сходную роль играетъ отчасти такъ называемый материковый вѣтеръ на берегахъ и островахъ Сѣвернаго и Балтійскаго морей. Если прибалтійскіе купальные курорты въ общемъ обладаютъ менѣе выраженнымъ морскимъ климатомъ, нежели курорты Сѣвернаго моря, то находится это въ зависимости отъ того, что въ первыхъ преобладаютъ надъ морскими вѣтрами—вѣтры материковые, во вторыхъ же наблюдается обратное явленіе.

Изъ сказаннаго явствуетъ, что мы, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, должны рѣшать не только, умѣстно-ли вообще леченіе морскимъ климатомъ, но и должны взвѣсить, какого рода морской климатъ годится для паціентовъ.

Относительно спеціальныхъ показаній къ пользованію морскимъ климатомъ, въ особенности по сравненію съ климатомъ горнымъ, то, до настоящаго времени, дѣло еще невыяснено и врачъ. на вопросъ неврастеника или истеричнаго, что для его состоянія болѣе подходитъ—пребываніе-ли у моря или въ горахъ, часто вынужденъ предоставить выборъ вкусу самаго больного, или же ставить выборъ въ зависимость отъ случайныхъ обстоятельствъ (общество, условія жизни и т. д).

Что касается различныхъ степеней морского климата, то можно лишь сказать, что для паціентовъ, которымъ подходитъ климатъ высокихъ горъ, въ общемъ полезенъ также климатъ Сѣвернаго моря, больные же, для которыхъ полезны высоты 1200—600m., обычно чувствуютъ себя хорошо на курортахъ Балтійскаго моря. Тамъ, гдѣ состояніе больного требуетъ, кромѣ укрѣпленія, скораго и продолжительнаго успокоенія нервной системы, какъ напр. въ случаяхъ продолжительной безсонницы и весьма легкой душевной возбудимости, слѣдуетъ рѣшительно предпочесть морской климатъ горному.

Во многихъ случаяхъ неврастеніи оба климата одинаково полезны. Arndt считаетъ, что при эретическихъ состояніяхъ болѣе пригодны горы, при торпидныхъ же—море. Часто я получалъ такое впечатлѣніе, пишетъ Krafft-Ebing, что неврастеникамъ, родина которыхъ—гористая, болѣе подходитъ морской климатъ, жителямъ же низменностей,—пребываніе въ горахъ. Выборъ часто бываетъ крайне труденъ.

Говоря о вліяніи морского климата на сонъ, Binswanger замѣчаетъ, что вліяніе это весьма различно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Одни больные вновь обрѣтаютъ сонъ у береговъ Сѣвернаго моря, другіе же окончательно его тамъ теряютъ и начинаютъ испытывать цѣлый рядъ непріятныхъ симптомовъ, подобно сильно возбужденнымъ пацієнтамъ въ высокихъ горахъ. Не слѣдуетъ рекомендовать климатъ Сѣвернаго моря малокровнымъ, слабымъ, молодымъ больнымъ. Мягче дѣйствуютъ богатые лѣсами берега Балтійскаго моря.

Solly (Daly) говоритъ, что нѣкоторые больные хорошо спали въ открытомъ морѣ, въ то время какъ на берегу или въ горахъ они совершенно не могли спать.

Рекомендуя морской климатъ, какъ цѣлебный факторъ противъ нѣкоторыхъ случаевъ неврастеніи, Loh совѣтуетъ въ началѣ избѣгать яркихъ солнечныхъ лучей, такъ какъ отраженіе ихъ отъ песка дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на легко возбудимые темпераменты. Жизнь на открытомъ воздухѣ должна быть пополняема купаньемъ и прогулками. При первыхъ же симптомахъ улучшенья можно проводить на открытомъ воздухѣ вмѣсто 2—3 часовъ въ день 5 и 6 часовъ. Проявленіемъ улучшенія служитъ сонъ, который послѣ кратковременнаго пребыванія на морскомъ воздухѣ, становится лучше.

Schwabe, разбирая дѣйствіе морского климата на дѣтей малокровныхъ и страдающихъ неврастеніей, пишетъ, что очень важно сдѣлать правильный выборъ побережья, такъ

какъ не всѣ мѣста оказываютъ одинаковое дѣйствіе: такъ, напримѣръ, изъ острововъ Сѣвернаго моря многіе не годятся для маленькихъ неврастениковъ, въ виду того, что эти острова недостаточно защищены отъ холодныхъ вѣтровъ. Авторъ очень совѣтуетъ изъ острововъ Сѣвернаго моря островъ Фёръ, гдѣ нѣтъ сильныхъ воздушныхъ теченій и въ частности городокъ Wyk, гдѣ, кромѣ дѣтей неврастениковъ, могутъ получить значительное облегченіе и взрослые.

Весьма полезными оказываются иногда для неврастениковъ морскія путешествія. Капитану Jerrmann'у пришла даже прекрасная мысль снарядить для лицъ, страдающихъ нервами, санаторію въ открытомъ морѣ на пароходѣ, крейсирующемъ зимой въ южныхъ водахъ и снабженномъ какъ спеціальнымъ медицинскимъ надзоромъ, такъ и всѣмъ необходимымъ комфортомъ. Подобная плавающая санаторія могла бы оказаться особенно цѣлесообразной для малокровныхъ и неспособныхъ производить много движеній нервно-больныхъ, напримѣръ, для міэластениковъ. Къ сожалѣнію, далеко не всѣ неврастеники въ состояніи пользоваться такимъ удобствомъ (Krafft-Ebing).

Относительно значенія для нашихъ больныхъ климатическаго леченія, то въ этомъ отношеніи (Löwenfeld), какъ среди врачей, такъ и среди публики, распространенъ ошибочный взглядъ, который не рѣдко ведетъ къ нежелательнымъ послѣдствіямъ: отъ климатическаго леченія, даже кратковременнаго, ожидаютъ часто успѣха, который совсѣмъ невозможенъ, если принять во вниманіе характеръ и продолжительность даннаго заболѣванія. Прежде всего нужно отмѣтить, что тяжелыя и застарѣлыя неврастеническія состоянія не поддаются одному климатическому леченію; то-же относится и къ неврастеніи съ рѣзко выраженными психическими разстройствами.

Въ подобныхъ случаяхъ все же совершенно отказываться

отъ климатическаго леченія, нѣтъ достаточнаго основанія, такъ какъ можно на ряду съ нимъ примѣнять и другіе цѣлебные факторы. На купальныхъ курортахъ возможно въ помощь дѣйствію морского воздуха назначить холодныя, или теплыя морскія ванны, массажъ и т. д. На курортахъ же горныхъ, а также расположенныхъ и на высокихъ горахъ, имѣются, въ послѣднее время, устроенныя приспособленія для примѣненія водолеченія и другихъ физическихъ методовъ леченія, такъ что ищущіе выздоровленія не бываютъ принуждены ограничиться однимъ лишь климатическимъ леченіемъ. Въ общемъ, все-же можно рекомендовать, въ упомянутыхъ случаяхъ, климатическое леченіе лишь въ видѣ послѣдующаго леченія для прочнаго закрѣпленія успѣховъ, полученныхъ другимъ путемъ.

Въ заключеніе главы о климато-терапіи, укажу еще на то, что нѣкоторые авторы, какъ, напримѣръ, Kirn, Kinnear и др. пользовались для леченія неврастениковъ одной изъ важныхъ составныхъ частей воздуха—кислородомъ, который вдыхали больные. Этимъ путемъ Kirn получилъ прекрасные результаты у жирныхъ, но анемичныхъ неврастениковъ, которые, по мнѣнію автора, вообще особенно трудно поддаются леченію.

Гидротерапія.

Примѣненіе воды съ лечебными цѣлями, т. е. гидротерапія, относится къ методамъ, съ которыми были уже знакомы въ глубокой древности. У древнихъ египтянъ, на берегахъ Нила, существовали многочисленныя водолечебницы, управлявшіяся жрецами, въ рукахъ которыхъ сосредоточена была вся врачебная дѣятельность. Знаменитый Гиппократъ даже выработалъ довольно точныя указанія, какъ пользоваться холодной и теплой водою. Въ древнемъ Римѣ уже суще-

ствовалъ гидропатъ, вольноотпущенный рабъ, Антоній Муза, который вылечилъ съ помощью воды вѣнценоснаго „неврастеника“ Августа и его друга „алкоголика“ Горація, разстроившихъ свое здоровье благодаря злоупотребленію виномъ. У древнихъ римлянъ и грековъ были громадныя бани, которыя посѣщались особенно охотно для возстановленія жизненной энергіи и поправленія здоровья, подточеннаго роскошнымъ и распутнымъ образомъ жизни. Но въ теченіе дальнѣйшихъ вѣковъ, водолеченіе все болѣе и болѣе впадало въ область грубой эмпиріи, и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ привлекало вниманіе врачей. Съ наступленіемъ эпохи возрожденія, гидротерапія снова стала предметомъ вниманія со стороны врачей. Научныя основы водолеченія представилъ только въ концѣ прошлаго столѣтія извѣстный англійскій врачъ James Currie и увлекъ своимъ примѣромъ такихъ авторитетовъ того времени, какъ Frank въ Вѣнѣ и Hufeland въ Германіи. Въ Россіи первый занялся водолеченіемъ Миллiусъ, главный директоръ петербургскаго порта, очень успѣшно лечившій тифозныхъ. Но ни одинъ врачъ не сдѣлалъ столько для успѣховъ водолеченія, какъ прославившійся силезскій крестьянинъ Присницъ, прозванный своими благодарными паціентами „геніемъ холодной воды“. Въ 1830 году онъ открылъ первую водолечебницу на своей родинѣ въ Грефенбергѣ, которая привлекла больныхъ со всего свѣта, и гдѣ онъ, на ряду съ простыми обливаніями, примѣнялъ уже болѣе сложные способы гидротерапіи—растиранія, завертыванія, души и ванны. Врачи, въ числѣ ихъ и русскіе, съ большимъ усердіемъ занялись изученіемъ столь прекраснаго и вездѣ доступнаго терапевтическаго агента, какъ вода.

При душевныхъ и нервныхъ заболѣваніяхъ съ большимъ успѣхомъ примѣнялъ гидротерапію Charcot (Платенъ, Герценштейнъ).

За послѣднія 10-тилѣтія, гидротерапія заняла въ леченіи

нервныхъ болѣзней настолько видное мѣсто, что никакія колебанія медицинской моды не могутъ уже вытѣснить ее изъ этого прочнаго положенія.

Что касается спеціально леченія неврастеніи гидропатіей, то она и при этой болѣзни оказалась на высотѣ давно заслуженной ею славы. Въ виду пользы, которую можно ожидать отъ водолеченія при нервной слабости, приведу, кромѣ мнѣній отдѣльныхъ авторовъ, все важное для насъ изъ того, что пишетъ по этому поводу Dr. Buxbaum въ своемъ прекрасномъ учебникѣ гидротерапіи, въ которомъ выражена школа профессора Winternitz'а, столь авторитетнаго въ области гидротерапіи.

Леченіе неврастеніи гидропатіей (Buxbaum) относится къ одной изъ труднѣйшихъ задачъ терапевта. Заключается эта трудность въ томъ, что мы еще не достаточно знакомы съ сущностью заболѣванія, съ патологическими процессами въ организмѣ. Но и примѣненіе причиннаго леченія представляется не только труднымъ, но и совершенно ненадежнымъ. Правда, мы въ состояніи въ весьма многихъ случаяхъ отыскать причину, послужившую толчкомъ къ развитію заболѣванія; не трудно изслѣдовать тѣ моменты, подъ вліяніемъ которыхъ лицо съ „ненормальнымъ врожденнымъ предрасположеніемъ“ становится неврастеникомъ. Въ терапевтическомъ отношеніи однако знанія эти не имѣютъ столь существеннаго значенія, такъ какъ при этой именно формѣ заболѣванія выраженіе „cessante causa cessat effectus“ оказывается особенно непримѣнимымъ (примѣнимымъ оно можетъ явиться въ чистыхъ случаяхъ пріобрѣтенной неврастеніи).

Хотя мы не въ состояніи, по мнѣнію Buxbaum'а, удовлетворить причинному показанію и показанію болѣзни, тѣмъ не менѣе въ симптоматическомъ отношеніи, мы въ силахъ сдѣлать весьма многое и, тѣмъ самымъ, исполнить свой долгъ въ очень многихъ случаяхъ. Мы освобождаемъ паціентовъ

отъ наиболѣе для нихъ тяжелыхъ симптомовъ, придаемъ имъ вслѣдствіе этого энергію и охоту къ жизни, воскрешаемъ въ нихъ работоспособность и желаніе трудиться. Больной чувствуетъ себя освобожденнымъ отъ страданій, ипохондрическое настроеніе проходитъ и онъ начинаетъ вѣрить въ возможность полнаго выздоровленія, что онъ излечимъ, такъ какъ дѣйствительно, подъ вліяніемъ раціонально проведеннаго гидропатическаго леченія, рядъ болѣзненныхъ симптомовъ исчезаетъ. Понятно, при этомъ должны быть примѣняемы всѣ физическіе методы леченія, имѣющіеся въ нашемъ распоряженіи. Всѣ діэтетическія и гигіеническія мѣропріятія должны служить въ помощь гидротерапіи. Здѣсь необходима строгая индивидуализація.

Желая установить леченіе неврастеніи на симптоматическомъ принципѣ, мы должны прежде всего принять во вниманіе тѣ симптомы, которые встрѣчаются у всѣхъ, или по крайней мѣрѣ у большого числа неврастениковъ.

Тѣ водолечебныя процедуры, которыя понижаютъ возбудимость, сообразовываются съ условіями кровообращенія и иннерваціи, вліяютъ благотворно на обмѣнъ веществъ и, наконецъ, улучшаютъ составъ крови; такія процедуры будутъ соотвѣтствовать нашимъ требованіямъ и дадутъ возможность получить хорошіе результаты.

Buxbaum далекъ отъ того, чтобы придавать особое значеніе опредѣленнымъ гидротерапевтическимъ рецептамъ; это тѣмъ менѣе позволительно, что, какъ извѣстно, одной и той-же процедурой, но въ зависимости отъ ея продолжительности, отъ градуированія степени ея термическаго и механическаго раздраженія, могутъ быть достигнуты самыя различныя, даже прямо таки противоположныя дѣйствія. Имѣя въ виду послѣднее обстоятельство, авторъ настаиваетъ при выборѣ процедуры, насколько это возможно, сообразоваться съ субъективнымъ чувствомъ паціента. Субъективное чувство

должно служить весьма важнымъ и для врача очень надежнымъ факторомъ при терапіи неврастеніи. Нѣтъ ничего вреднѣе какъ слѣпо и неуклонно придерживаться опредѣленной формулы и, хотя съ другой стороны совсѣмъ не показано именно неврастенику дѣлать слишкомъ большія уступки въ отношеніи процедуръ, то все-же едва-ли придется пожалѣть, если, въ отношеніи того или другого дѣйствующаго фактора гидротерапевтическихъ пріемовъ, сообразовались съ субъективнымъ ощущеніемъ паціента.

Каждая гидротерапевтическая процедура, которая вызываетъ длительныя непріятныя ощущенія, окажется навѣрно скорѣе вредной, нежели полезной; и наоборотъ, субъективное пріятное чувство обыкновенно служитъ вѣрнымъ признакомъ, что процедура—подходящая и дастъ хорошій результатъ. Не слѣдуетъ однако поддаваться обману со стороны тѣхъ паціентовъ, которые за собой плохо наблюдаютъ и какъ себя, такъ и врача, къ своему собственному вреду, охотно вводятъ въ заблужденіе.

По наблюденіямъ Buxbaum'а, неврастеники въ началѣ леченія не выносятъ сильныхъ термическихъ и механическихъ раздраженій. Среднія температуры, которыя весьма близко стоятъ къ индифферентной точкѣ, болѣе всего подходятъ въ началѣ водолеченія, и прежде всего способны понижать повышенную возбудимость. Послѣ подобныхъ процедуръ, паціенты чувствуютъ себя лучше всего, а вѣдь субъективное чувство паціентовъ имѣетъ гораздо большее значеніе, чѣмъ всѣ теоретическія разсужденія. Полуванны въ 30—28° Ц. съ обливаніями и легкими растираніями, въ которыхъ, конечно, принимаетъ участіе и самъ паціентъ, и которыя должны быть настолько продолжительны и интенсивны, чтобы была достигнута соотвѣтствующая реакція,—такія полуванны всегда оказывали наилучшія услуги. Однако весьма многіе неврастеники не выносятъ даже и этой

процедуры. Автору неоднократно приходилось слышать, что и послѣ такихъ процедуръ не наступало улучшенія симптомовъ и было бы большой ошибкой, при подобномъ положеніи дѣла, если-бы все же захотѣли оставаться при уже разъ предписанныхъ пріемахъ. Если пацiенты не находятъ послѣ полуванны необходимаго успокоенія, желаемаго хорошаго самочувствія, то Buxbaum считаетъ наиболѣе цѣлесообразными влажныя обертыванія, продолжительностью въ 1/2—3/4 часа, и, послѣ этого, полуванну, какъ было выше сказано, или кратковременную погружную ванну. Лишь по прошествіи нѣкотораго времени можно перейти къ болѣе сильнымъ термическимъ и механическимъ раздраженіямъ. Переходъ долженъ быть постепенный, никоимъ образомъ слишкомъ быстрый. Полуванны болѣе низкой температуры съ болѣе сильными обливаніями, души кратковременные или болѣе продолжительные, но всегда съ соотвѣтствующимъ давленіемъ, и обтираніе могутъ быть примѣняемы въ извѣстномъ порядкѣ, какъ того потребуетъ назначеніе. Слѣдуетъ еще обратить вниманіе на то, чтобы у пацiента, ни въ коемъ случаѣ, не отнималось слишкомъ много теплоты. Дѣйствительность процедуры отъ этого не только не страдаетъ, напротивъ того, она увеличивается предварительнымъ согрѣваніемъ, подвозомъ тепла, или задержкой теплоты на поверхности тѣла. Либо примѣняютъ процедуру непосредственно при вставаніи съ кровати, и это,—въ виду того, что неврастеникъ чувствуетъ себя по утрамъ хуже всего,—наиболѣе показано, либо же выбираютъ какую-либо соотвѣтствующую обстоятельствамъ согрѣвающую процедуру. Теплый душъ, или влажное обертываніе, продолжающееся до согрѣванія, лучше всего ведутъ къ желанной цѣли.

О томъ, что дѣлать послѣ процедуры, также нельзя установить какія-либо общія правила. Во всякомъ случаѣ, лучше всего заставить больного производить для реакціи

энергичныя движенія: въ этомъ Buxbaum совершенно не руководится субъективными ощущеніями паціента, такъ какъ неврастеники не всегда склонны къ физическимъ упражненіямъ, между тѣмъ какъ хорошая прогулка на свѣжемъ, чистомъ воздухѣ, оказывается для нихъ полезной во всѣхъ отношеніяхъ. Только для людей малокровныхъ съ подорваннымъ питаніемъ авторъ дѣлаетъ исключеніе и оставляетъ ихъ дожидаться реактивнаго согрѣванія въ кровати.

Указанными общими пріемами далеко еще не исчерпывается вся дѣятельность и область вліянія гидротерапевта, хотя ими уже можетъ достигаться и дѣйствительно достигается хорошій результатъ. Возбудимость и возбужденіе постепенно проходятъ, и энергія въ началѣ, хотя лишь на короткое время, поднимается; но остается еще много симптомовъ, которые требуютъ леченія.

То, на что преимущественно жалуется неврастеникъ, это—главнымъ образомъ ощущенія, т. е. явленія субъективныя, и поэтому вполнѣ естественно, что мы, не упуская изъ вида объективные симптомы, обращаемъ наше главное вниманіе на первыя. Чаще всего намъ приходится имѣть дѣло съ гиперестезіями, иногда смѣняющимися также гипестезіями и анестезіями *). Болѣе всего жалуются нѣкоторые паціенты на невралгіи, кожныя невралгіи, головную боль, на давленіе въ головѣ и на ощущеніе сдавливанія головы, какъ бы обручемъ. Указанные симптомы часто весьма скоро поддаются дѣйствію проточныхъ ножныхъ ваннъ, или холодныхъ подвижныхъ вѣерныхъ душъ на нижнія конечности. Само собой понятно, эти процедуры приносятъ пользу лишь тогда, когда объективные признаки указываютъ, что гиперемія въ органахъ головы служитъ причиною перечисленныхъ выше разстройствъ; тамъ, гдѣ,

*) Относительно симптоматологіи, Buxbaum придерживается книги Arndt'а о неврастеніи.

такихъ признаковъ не имѣется, гдѣ существуетъ одновременно анемія кожи лица или видимыхъ слизистыхъ оболочекъ, желаемая цѣль будетъ достигнута возбуждающими компрессами на голову или трубкой, наполненной теплой водой, прикладываемой къ затылку. Часто бываетъ трудно опредѣлить внѣшнимъ изслѣдованіемъ, служитъ-ли причиною головныхъ болей гиперемія или анемія. Для подобныхъ случаевъ проточная ножная ванна является прекраснымъ дифференціально-діагностическимъ средствомъ. Если вслѣдъ за проточной ножной ванной симптомы усиливаются, то можно съ увѣренностью принять, что имѣется на лицо анемія, и въ такомъ случаѣ должны быть примѣняемы процедуры, показанныя при анеміи.

Изъ другихъ разстройствъ чувствительности часто наблюдаются боли между лопатками, въ спинѣ и въ пояснидѣ. Особенно важно отмѣтить, что холодъ усиливаетъ эту боль, а теплота ее ослабляетъ, въ силу чего нерѣдко считали, что боль въ спинѣ вызвана простудой и является ревматической. Подобныя-же боли наблюдаются также въ отдѣльныхъ мускулахъ и мускульныхъ группахъ, и также въ отдѣльныхъ суставахъ. Лучшей процедурой для такихъ случаевъ является шотландскій душъ. Такой душъ даетъ возможность достигнуть наилучшихъ результатовъ. Весьма часто наблюдается уже послѣ одного или нѣсколькихъ душей продолжительное прекращеніе этихъ очень тягостныхъ ощущеній.

Изъ гиперестезій аппарата кровообращенія прежде всего заслуживаютъ вниманія ненормальныя ощущенія со стороны сердца, которыя испытываются частью въ видѣ настоящихъ болей, какъ при такъ называемой грудной жабѣ, или же— и при томъ гораздо чаще — въ видѣ, то болѣе, то менѣе, сильно выраженнаго ощущенія,—такъ называемаго субъективнаго сердцебіенія, при которомъ, какъ извѣстно, люди имъ страдающіе испытываютъ усиленную дѣятельность сердца,

безъ того, чтобы послѣдняя могла быть въ дѣйствительности доказана объективнымъ путемъ. Сюда-же относятся ощущенія жара и холода, и часто довольно тягостное ощущеніе пульсаціи. Всѣ эти симптомы скорѣе всего проходятъ подъ вліяніемъ примѣненія холода вдоль позвоночника въ видѣ холодныхъ подвижныхъ вѣерныхъ душей, или же охлаждающихъ аппаратовъ. Такъ какъ мы имѣемъ дѣло съ гиперестезіями, то необходимо, конечно, продолжать процедуры болѣе или менѣе долгое время, такъ какъ извѣстно, что лишь болѣе продолжительное примѣненіе холода понижаетъ чувствительность. Длительность примѣненія охлаждающаго аппарата должна быть никакъ не менѣе 1/2 часа. Такъ какъ указанныя непріятныя ощущенія обусловлены разстройствами функціи центральной нервной системы, то поэтому и требуется здѣсь примѣненіе холода вдоль позвоночника. Тѣмъ не менѣе въ отдѣльныхъ случаяхъ, тамъ гдѣ эффектъ наступаетъ недостаточно скоро, дѣйствіе указанныхъ процедуръ усиливается охлаждающими аппаратами, приложенными къ области сердца, которые также слѣдуетъ оставлять на мѣстѣ не менѣе 1/2 часа.

Разстройства чувствительности со стороны пищеварительнаго тракта проявляются въ видѣ кардіалгіи, волчьяго голода, коликъ, тенезмъ, которые часто появлются именно вслѣдъ за различными душевными волненіями. Для этихъ симптомовъ особенно пригодны шотландскіе души, „желудочное средство Winternitz'a“ (брюшной компрессъ и трубка съ протекающей черезъ нее горячей водой въ 40°) и, наконецъ, холодныя сидячія ванны, продолжительностью до 10 минутъ.

Гиперестезіи мочеполового аппарата, позывы къ мочеиспусканію лучше всего устраняются при помощи длительныхъ, холодныхъ сидячихъ ваннъ.

Сюда-же относятся разнообразнѣйшія разстройства со

стороны половыхъ органовъ, о которыхъ будетъ сказано отдѣльно ниже.

Выдающееся мѣсто среди симптомовъ неврастеніи занимаютъ ощущенія страха. Гдѣ возникаютъ ощущенія страха, этого мы съ увѣренностью опредѣлить не можемъ. Паціенты локализируютъ ихъ въ сердечной области. Эти ощущенія тѣмъ болѣе тягостны, что къ нимъ обычно присоединяется также чувство головокруженія. Часто возможно длительнымъ примѣненіемъ охлаждающаго сердце аппарата устранить чувство страха. Къ сожалѣнію, если это удается, то лишь на короткое время. Продолжительное общее леченіе, въ соединеніи съ примѣненіемъ мѣстныхъ процедуръ, здѣсь также ведетъ къ цѣли; впрочемъ слѣдуетъ не упускать изъ виду, что часто проходитъ очень много времени, пока не исчезнетъ этотъ симптомъ.

Изъ разстройствъ двигательныхъ необходимо прежде всего указать на икоту, при которой B u x b a u m получилъ наилучшіе результаты при примѣненіи средства Winternitz'а или шотландскихъ душей.

Большое значеніе имѣетъ нервная астма, такъ какъ она очень тягостна и неправильно истолковывается паціентами, подобно большинству неврастеническихъ симптомовъ. Обтиранія или кратковременныя холодныя души, однимъ словомъ, тонизирующія, возбуждающія процедуры быстрѣе всего устраняютъ этотъ симптомъ. Вспомогательное дѣйствіе оказываетъ холодная трубка, прикладываемая на болѣе или менѣе продолжительное время къ спинѣ.

Само собой понятно, что при этомъ заболѣваніи должно тщательно искать и стараться избѣгать каждое периферическое раздраженіе, которое какимъ бы то ни было образомъ можетъ, какъ вызывающая причина, находиться въ связи съ бронхіальной или нервной астмой, т. е. съ судорогой гладкихъ мышечныхъ волоконъ въ мелкихъ бронхахъ. Заболѣ-

ванія носа, зѣва, катарры болѣе мелкихъ бронховъ должны быть соотвѣтствующимъ образомъ лечимы. Хотя возможность существованія такъ называемой идіопатической или эссенціальной астмы и не можетъ быть вполнѣ оспариваема, все же въ громадномъ большинствѣ случаевъ она,—по крайней мѣрѣ, насколько это касается появленія припадка,—можетъ быть сведена къ какому либо периферическому раздраженію, на которое при леченіи необходимо обращать вниманіе. Съ устраненіемъ припадка,—что можетъ быть достигнуто различнѣйшимъ образомъ, какъ напримѣръ: горячими ручными ваннами, горячими компрессами на грудь,—еще не много сдѣлано.

Весьма часто наблюдается, какъ выраженіе сильной возбудимости вазомоторовъ, иперемія и анемія отдѣльныхъ частей тѣла, такъ называемое обмираніе ихъ, а также и сердцебіеніе и вазомоторная грудная жаба. Здѣсь показаны процедуры съ перемѣнной температурой воды; въ особенности шотландскіе души устраняютъ этотъ симптомъ. Теплая процедура ведетъ къ расширенію сосудовъ, прекращаетъ судорогу, въ то время, какъ послѣдующая холодная процедура вызываетъ необходимое тонизированіе нервной системы.

Изъ секреторныхъ разстройствъ заслуживаетъ особаго упоминанія общее или мѣстное чрезмѣрное потѣніе. Здѣсь показанными являются тонизирующія процедуры, т. е. обтиранія, полуванны, погружныя ванны, души и т. д.

Повышенная секреція желудочнаго сока лучше всего устраняется холоднымъ подвижнымъ вѣернымъ душемъ на область желудка. Этотъ симптомъ, впрочемъ, также трудно устранимъ, какъ и поліурія.

Засѣцкій (изъ клиники Манассеина), а также Simon доказали, что потоотдѣленіе ослабляетъ желудочную секрецію; послѣдній авторъ, какъ-разъ подъ вліяніемъ паровыхъ ваннъ, констатировалъ значительное пониженіе секреціи

желудочнаго сока, однако нашелъ, что теплыя процедуры при нервныхъ желудочныхъ заболѣваніяхъ, даже при одновременномъ существованіи повышенной кислотности, не приносятъ пользы. Такъ что, повидимому, и здѣсь тонизирующія процедуры, въ соединеніи съ холодными подвижными вѣерными душами, даютъ наилучшіе результаты.

Громаднѣйшее значеніе имѣетъ устраненіе у неврастениковъ разстройствъ полового аппарата. При пониженной половой способности, не сопровождающейся состояніями возбужденія, могутъ быть съ пользой примѣняемы (Löwenfeld) холодныя сидячія ванны (8—15°), которыя, будучи 5—10 минутной продолжительности, вызываютъ, вслѣдъ за предшествующимъ сокращеніемъ сосудовъ, приливъ крови къ погруженнымъ въ воду частямъ. Для столь частыхъ состояній раздраженія половой сферы, пригодны болѣе умѣренныя и нѣсколько болѣе продолжительныя сидячія ванны (отъ 16—22° и продолжительности 15 мин.). Теплыя и продолжительныя сидячія ванны показаны при спастическихъ явленіяхъ со стороны пузыря, при столь частыхъ менструальныхъ коликахъ и сходныхъ состояніяхъ.

Для устраненія нѣкоторыхъ разстройствъ полового аппарата, могутъ служить также два инструмента, которые даютъ намъ возможность пользоваться водой, въ качествѣ мѣстнаго термическаго раздражителя. Эти инструменты, введенные въ практику Winternitz'омъ,—охлаждающій зондъ (психрофоръ) и охлаждающій пузырь для прямой кишки. Охлаждающій зондъ представляетъ собой неоконченный катетеръ, à double courant, снабженный приводящей и отводящей трубкой, черезъ который пропускаютъ воду температуры 20 или 10° R въ теченіе не болѣе 12 минутъ; при употребленіи, зондъ вводится до предстательной части уретры, послѣ чего кранъ приводящей трубки открывается и черезъ зондъ начинаетъ циркулировать токъ воды. Этимъ

слизистая оболочка предстательной части мочеиспускательнаго канала, вмѣстѣ съ caput gallinaginis и его круговыми мышечными волокнами, подвергается механическому воздѣйствію давленія и термическому вліянію желаемой температуры. Охлаждающій зондъ находитъ обширное примѣненіе при состояніяхъ половой слабости и нельзя отрицать того, что, при болѣзненныхъ потеряхъ сѣмени и ejaculatio praecox, онъ часто оказываетъ хорошую услугу. Впрочемъ нерѣдко примѣненіе инструмента бываетъ безуспѣшнымъ, или ведетъ лишь къ временному улучшенію. Къ этому еще присоединяется то обстоятельство, что введеніе охлаждающаго зонда въ разсматриваемыхъ случаяхъ, обычно затрудняется значительно повышенною чувствительностью всего мочеиспускательнаго канала или его предстательной части, и вслѣдствіе этой гиперестезіи не всегда удается избѣгнуть непріятныхъ побочныхъ и послѣдовательныхъ дѣйствій (появленіе обморочнаго состоянія). У весьма чувствительныхъ и боязливыхъ паціентовъ рекомендуется по этому, вмѣсто психрофора, примѣнять охлаждающій пузырь для прямой кишки, который, въ отношеніи охлажденія, оказываетъ на pars prost. сходное, съ охлаждающимъ зондомъ, хотя и менѣе интенсивное дѣйствіе.

Черезъ аппаратъ пропускаютъ воду температуры 15—18^0 въ теченіе 10—30 минутъ. По сравненію съ психрофоромъ, охлаждающій аппаратъ для прямой кишки имѣетъ то особое преимущество, что его можно всецѣло предоставить въ пользованіе самому паціенту, что при психрофорѣ возможно лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

При состояніяхъ, гдѣ мочеиспускательный каналъ мало, или даже совершенно не чувствителенъ, Buxbaum отдаетъ предпочтеніе зонду съ теплой водой, а именно: въ началѣ примѣняютъ воду 30^0 и пропускаютъ ее черезъ зондъ въ теченіе 5-ти минутъ.

На принципѣ психрофора основанъ также, могущій принести пользу при разстройствахъ полового аппарата, охлаждающій аппаратъ Atzberger'а для прямой кишки и аппаратъ Wiener'а. Послѣдній авторъ указываетъ, что, въ случаяхъ половой неврастеніи съ ejaculatio praecox, съ неполной эрекціей, съ рѣзкой гиперестезіей предстательной части уретры и т. п., аппаратъ его оказываетъ хорошее дѣйствіе.

Болѣе благопріятнаго результата, чѣмъ отъ мѣстныхъ процедуръ, можно ожидать отъ приложенія холода вдоль всего позвоночника при пріапизмѣ.

Одной изъ наиболѣе часто высказываемой неврастениками жалобъ служитъ безсонница, устраненіе которой нерѣдко сопряжено съ большими трудностями. Лучшимъ лечебнымъ средствомъ (Buxbaum), при помощи котораго мы можемъ быстро добиться здороваго и крѣпкаго сна, служитъ примѣненіе гидротерапевтическихъ процедуръ. Изъ этихъ послѣднихъ наиболѣе дѣйствительной является влажное обертываніе. Во время подобнаго обертыванія, неврастеники, не смотря на мучащую ихъ безсонницу, могутъ заснуть глубокимъ сномъ, отъ котораго они пробуждаются „точно вновь народившимися". Вслѣдъ за обертываніемъ должно слѣдовать общее охлажденіе, душъ или полуванна, благодаря которымъ противодѣйствуется разслабленію кожи, вызванному застаиваніемъ тепла, сосуды приводятся къ сокращенію и отнимается избытокъ тепла, скопившійся на поверхности тѣла. Однако человѣка, которому были сдѣланы обертыванія по причинѣ безсонницы, не только не необходимо, но даже противопоказано, непосредственно вслѣдъ за обертываніемъ, подвергать указанной охлаждающей процедурѣ; дѣйствіе душа или полуванны соединено со слишкомъ сильнымъ раздраженіемъ периферическихъ нервныхъ окончаній и центральной нервной системы, и могло бы парализовать вызванное обертываніемъ успокоеніе. Цѣлесообразно оставить паціента послѣ оберты-

ванія спокойно лежать и примѣнить охлаждающія процедуры только утромъ. Повтореніе обертыванія въ теченіе той-же ночи оказывается рѣдко необходимымъ. Уже спустя полчаса паціенты послѣ обертыванія впадаютъ въ глубокій спокойный сонъ, который ничѣмъ не отличается отъ вполнѣ естественнаго сна. Дыханіе, кровяное давленіе и пульсъ совершенно такіе-же, какъ и при нормальномъ снѣ, и паціенты, проснувшись бодрыми и окрѣпшими, чувствуютъ себя какъ тѣлесно, такъ и душевно, отдохнувшими и работоспособными.

Говоря о важности обертыванія, какъ о средствѣ противъ безсонницы неврастениковъ, Richard d'Aulnay настаиваетъ на особой его пригодности даже въ случаяхъ, гдѣ другія средства не приводятъ къ желанной цѣли. Для этого авторъ рекомендуетъ нарѣзать изъ фланели полосы въ 15—20 стм. ширины и 5 m. длины, намочить ихъ въ водѣ 35^{0} и обернуть туловище, начиная отъ шеи до начала нижнихъ конечностей, причемъ особенно стараться, чтобы полосы плотно прилегали къ тѣлу, а не сдавливали его. Въ зависимости отъ степени безсонницы обертываніе должно продолжаться въ первые 3—4 дня отъ 3—4 часовъ, въ слѣдующіе же дни—часть ночи, или всю ночь.

Подобно общему и частичному обертыванію дѣйствуетъ также, какъ водолечебное средство для устраненія безсонницы, брюшной компрессъ. Онъ особенно пригоденъ при легкихъ лихорадочныхъ состояніяхъ, при различныхъ диспепсіяхъ, въ особенности при нервной, у большинства истеричныхъ и неврастениковъ, главнымъ же образомъ приноситъ онъ пользу въ дѣтской практикѣ.

Дальнѣйшій пріемъ, который также хорошо вліяетъ съ цѣлью успокоенія на сонъ, какъ и брюшной компрессъ, и частичное обертываніе: это—компрессъ на туловище. Послѣ этихъ частичныхъ процедуръ, какъ частичное обертываніе, брюшной компрессъ и компрессъ на туловищѣ, должно быть

предпринято обмываніе соотвѣтствующей части тѣла, на основаніи тѣхъ же причинъ, которыя были приведены выше, когда говорилось объ обертываніи. Кромѣ того, имѣется еще цѣлый рядъ гидротерапевтическихъ процедуръ, которыя весьма благотворно дѣйствуютъ на сонъ. Къ нимъ относятся полуванны и полныя ванны.

Изъ полуваннъ оказываютъ очень успокоивающее дѣйствіе ванны, постепенно охлаждаемыя съ 32 до 25° Ц., соединенныя съ не слишкомъ сильными обливаніями и растираніями. Также и полныя ванны, немного болѣе высокой температуры (приблизительно отъ 35 до 32° Ц.) дѣйствуютъ весьма успокоивающе.

Благотворное дѣйствіе ваннъ можетъ еще быть усилено тѣмъ, что къ нимъ прибавляются слизистыя вещества, какъ напримѣръ: отваръ отрубей, или тѣмъ, что послѣ ванны обсушиваніе тѣла не производится.

Хорошо дѣйствуютъ также сидячія ванны, а именно кратковременныя, холодныя, температурой въ 22—6° Ц. и продолжительностью нѣсколькихъ, не дольше 5 минутъ.

При безсонницѣ, вызванной сильнымъ повышеніемъ половой возбудимости, эти процедуры не должны быть примѣняемы. Сидячую ванну слѣдуетъ принимать непосредственно передъ сномъ, послѣ чего паціентъ ложится, не обсушившись, съ брюшнымъ компрессомъ на животѣ въ кровать. Процедуру эту слѣдуетъ, между прочимъ, строго индивидуализировать. Проснувшись, черезъ ½ часа или часъ, паціентъ долженъ ее повторить.

Прекрасно дѣйствуетъ также проточная ножная ванна. Она особенно показана для паціентовъ, у которыхъ безсонница зависитъ отъ гиперемическихъ головныхъ болей. Проточная ножная ванна можетъ быть легко устроена въ каждомъ хозяйствѣ: для этого требуется лишь маленькая овальная ванна, которая соединена трубкой съ водопроводомъ. Вода

должна вливаться подъ высокимъ давленіемъ въ ванну и легко вытекать на сторонѣ противоположной той, гдѣ она втекаетъ. Паціентъ стоитъ въ ваннѣ и третъ одну ногу о другую до тѣхъ поръ, пока кожныя сосуды будутъ приведены къ возможной степени активнаго расширенія. Ножная ванна должна примѣняться передъ сномъ и продолжаться отъ 4—5 минутъ. Въ тѣхъ-же случаяхъ, какъ и проточная ножная ванна, можетъ оказаться полезнымъ непосредственное приложеніе холода къ головѣ.

Заболѣванія мочеполового аппарата составляютъ противопоказаніе для назначенія проточныхъ ножныхъ ваннъ. Если такія заболѣванія сопровождаются безсонницей, то, взамѣнъ этой процедуры, примѣняютъ икряные компрессы.

Авторъ замѣчаетъ, что какія бы ни имѣлись въ распоряженіи паціента сложныя средства для гидротерапевтическихъ процедуръ, въ особенности у неврастениковъ, всегда лучше всего начинать съ наиболѣе простыхъ.

При безсонницѣ, зависящей отъ того, что паціенты чувствуютъ біеніе сосудовъ, какое бы положеніе тѣла они ни приняли, наилучшимъ средствомъ являются полуванны 27—25^0 съ послѣдующимъ примѣненіемъ холода на область сердца.

Въ новѣйшее время дѣлались разнообразныя попытки (Löwenfeld) соединять вліяніе гидротерапіи съ таковымъ механотерапіи посредствомъ примѣненія ваннъ съ движущейся водой. При такихъ ваннахъ, вся вода приводится въ болѣе или менѣе сильное движеніе моторомъ, благодаря чему производится своего рода общій массажъ: или же ограничиваютъ движеніе воды такъ, чтобы она направлялась противъ отдѣльныхъ частей тѣла, напримѣръ, въ животъ, спину и т. д., чѣмъ производится извѣстный мѣстный массажъ.

Техника въ указанной области сдѣлала уже весьма многое: имѣются искусственныя волновыя, ключевыя и рѣчныя ванны, какъ и особыя массажныя ванны (Preiss, Elgersburg). Среди

волновыхъ ваннъ отличается осмысленной конструкціей и простымъ способомъ примѣненія Höglauer'овская волновая ванна; она даетъ возможность приводить воду въ различныя, даже очень сильныя степени волнообразнаго движенія. По сообщенію E. Meyer'a въ университетскомъ учрежденіи для гидротерапіи въ Берлинѣ, руководимомъ профес. Brieger'омъ, получены хорошіе результаты примѣненіемъ Höglauer'овской волновой ванны у неврастениковъ; также профес. Cornet хвалитъ преимущество этого вида ваннъ.

Волновая ванна, по мнѣнію Löwenfeld'a, вполнѣ годится, чтобы оказать пользу при неврастеніи и истероневрастеніи, тѣмъ болѣе, что дѣйствіе такой ванны прибавленіемъ соли еще болѣе приближается къ дѣйствію ванны морской.

Въ заключеніе настоящаго отдѣла считаю нелишнимъ, указать еще на то, что (Buxbaum), въ виду разнообразія симптомовъ, изъ которыхъ складывается картина нервной слабости, приходится иногда въ теченіе дня нерѣдко примѣнять отъ 3—4 процедуръ. Кромѣ того слѣдуетъ подчеркнуть то обстоятельство, что леченіе въ теченіе нѣсколькихъ недѣль еще недостаточно, чтобы вылечить неврастеника.

Если послѣ леченія онъ иногда и чувствуетъ себя лучше или даже совсѣмъ здоровымъ, то все-же пониженная способность его нервной системы продолжаетъ существовать, и нуженъ лишь незначительный поводъ, чтобы снова вызвать появленіе всѣхъ или большую часть его болѣзненныхъ симптомовъ. Такимъ образомъ дѣло все еще идетъ о повышеніи сопротивляемости, объ укрѣпленіи и закаливаніи нервной системы, достиженіе которыхъ желательно. Тутъ являются показанными тонизирующія процедуры, души, и не продолжительныя обтиранія. Авторъ рѣдко наблюдалъ рецидивы въ тѣхъ случаяхъ, когда, по окончаніи леченія въ водолечебномъ заведеніи, ежедневно по утрамъ. производилась одна изъ указанныхъ процедуръ.

Ограничиваясь приведеніемъ указанныхъ гидротерапевтическихъ процедуръ, могущихъ оказаться полезными при леченіи неврастеніи, замѣчу, что ими еще не исчерпываются всѣ тѣ разнообразныя варіаціи водолечебныхъ пріемовъ, которые рекомендуются отдѣльными авторами. Полезныя свѣдѣнія по вопросу о леченіи неврастеніи гидротерапевтическими пріемами, могутъ быть почерпнуты у Sury-Bienz'a, Müller'a, Vinaj'a, Castellarnau, Hersman'a и др.

V. Лечебныя ванны (Бальнеотерапія).

Въ близкомъ отношеніи къ гидротерапіи находится бальнеотерапія. Въ особенности холодныя морскія купанія, по своему дѣйствію, примыкаютъ къ гидротерапіи (Löwenfeld*). Кромѣ вліянія морского воздуха, о которомъ мы говорили выше, при морскихъ купаніяхъ необходимо въ терапевтическомъ отношеніи принимать во вниманіе слѣдующіе цѣлебные факторы: термическое раздраженіе холодной водою, содержаніе соли въ послѣдней и интенсивное механическое раздраженіе, вызываемое ударами волнъ. Эти три фактора, интенсивность которыхъ, при отдѣльныхъ морскихъ купаніяхъ, въ значительной степени колеблется, производятъ своимъ общимъ и одновременнымъ вліяніемъ сильное раздраженіе кожныхъ нервовъ, которое въ свою очередь въ состояніи вызвать замѣтное дѣйствіе въ центральныхъ органахъ. Кромѣ того, слѣдствіемъ кожнаго раздраженія является сокращеніе кожныхъ сосудовъ и оттѣсненіе крови къ внутреннимъ органамъ, а затѣмъ реактивное расширеніе кожныхъ сосудовъ, благодаря чему появляется краснота и увеличенное кровенаполненіе кожи при одновременномъ уменьшеніи крови во внутреннихъ органахъ. Детали центральныхъ измѣненій,

*) Badekuren.

вызванныхъ раздраженіемъ кожныхъ нервовъ, намъ пока совершенно неизвѣстны, но судя по послѣдствіямъ, слѣдуетъ ихъ считать благопріятными, повышающими энергію и работоспособность центральныхъ органовъ. Съ другой стороны однако естественно, что столь интенсивныя воздѣйствія на нервную систему не всякимъ легко переносятся и менѣе всего занимающими насъ больными.

Даже между людьми, считающимися здоровыми, мы встрѣчаемъ такихъ, на которыхъ морскія купанія, какъ и вообще холодныя купанія, дѣйствуютъ неблагопріятно. Среди неврастениковъ и страдающихъ истеріей очень большой процентъ такихъ, которые не выносятъ холодныхъ морскихъ купаній. Пользованіе холодными морскими купаніями требуетъ всегда извѣстной физической бодрости. Весьма худощавые, анемичные и физически истощенные индивидуумы бываютъ не въ состояніи достаточно вознаградить потерю тепла, вызванную морскими купаніями. Они при этомъ еще болѣе истощаются, теряютъ аппетитъ и сонъ, и, вмѣсто укрѣпленія, получается ухудшеніе ихъ состоянія. Также и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ преобладаютъ явленія усиленной возбудимости, въ случаяхъ продолжительной безсонницы, болей и парестезій, сердцебіенія, судорожныхъ припадковъ, а также и при склонности къ приливамъ къ головѣ,—употребленіе холодныхъ морскихъ купаній противопоказано, какъ и, согласно наблюденіямъ Löwenfeld'a, при всѣхъ болѣе тяжелыхъ міэластеническихъ состояніяхъ.

Болѣе всего подходитъ это леченіе для лицъ, хорошо упитанныхъ и пользующихся хорошимъ состояніемъ физическихъ силъ, у которыхъ имѣются преимущественно явленія умѣреннаго нервнаго истощенія. Можно, слѣдовательно, сказать, что если морскому купанью безъ сомнѣнія и присуще укрѣпляющее дѣйствіе на нервную систему, то оно

обнаруживается только въ томъ случаѣ, когда первая система не слишкомъ ослаблена.

Нерѣдко приписывали морскому купанію спеціальное вліяніе на мигрень, однако послѣднее оказываетъ на эту болѣзнь только палліативное дѣйствіе, которое можетъ быть также легко достигнуто другими ваннами и климатическимъ леченіемъ.

Относительно купанія въ Балтійскомъ и Сѣверномъ моряхъ, слѣдуетъ замѣтить, что, въ общемъ, Балтійское море отличается отъ Сѣвернаго меньшимъ содержаніемъ солей и болѣе слабыми ударами волнъ. Поэтому дѣйствіе купаній въ Балтійскомъ морѣ въ общемъ менѣе энергично, и ихъ слѣдуетъ предпочесть въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется дѣло съ менѣе сильными и притомъ раздражительными лицами, у которыхъ однако можно еще разсчитывать на достаточную способность реагировать на вліяніе морскихъ купаній. Самымъ удобнымъ временемъ для купанія въ Сѣверномъ морѣ бываетъ іюль и августъ, а въ Балтійскомъ— августъ.

Во многихъ случаяхъ, когда морскія холодныя купанія не переносятся, то съ успѣхомъ употребляются согрѣтыя морскія ванны; поэтому въ большинствѣ морскихъ курортовъ имѣются приспособленія для примѣненія подобнаго рода ваннъ. По своему дѣйствію онѣ, конечно, совершенно сходны съ дѣйствіемъ разсольныхъ ваннъ соотвѣтствующей концентраціи. Этотъ родъ ваннъ заслуживаетъ, по мнѣнію Löwenfeld'a, большаго вниманія, чѣмъ имъ до сего времени оказывалось при леченіи состояній нервной слабости. Ими несправедливо пренебрегали по сравненію съ желѣзными ваннами и индифферентными термами. Относительно того, что при разсольныхъ ваннахъ, кромѣ температуры, принимается во вниманіе, какъ терапевтическій агентъ, только содержаніе въ нихъ повареной соли и дру-

нихъ хлоридовъ и солей, а при нѣкоторыхъ также угле-кислоты, нѣтъ въ настоящее время ни малѣйшаго сомнѣнія. Поэтому въ отношеніи дѣйствія между натуральными и соотвѣтственно имъ искусственно приготовленными разсольными ваннами, не можетъ быть никакой разницы. Послѣднее обстоятельство, какъ и крайняя простота приготовленія искусственныхъ разсольныхъ ваннъ, должны содѣйствовать распространенію ихъ въ терапіи нервной слабости. Детали дѣйствій, которыя оказываетъ соединеніе химическаго и термическаго раздраженія кожи при разсольныхъ ваннахъ на центральные органы, въ сущности намъ пока еще неизвѣстны.

По наблюденіямъ Löwenfeld'а на большомъ числѣ больныхъ, у которыхъ примѣнялись эти ванны при температурѣ отъ 25—27° R., оказывается, что имъ можно приписать отчасти успокоивающее, отчасти стимулирующее, повышающее энергію нервныхъ центровъ, дѣйствіе. Кромѣ того ванны эти возбуждаютъ аппетитъ и благодаря этому быть-можетъ, а отчасти и вслѣдстіе вліянія на обмѣнъ веществъ, вызываютъ улучшеніе общаго питанія. Поэтому-то примѣненіе разсольныхъ ваннъ особенно показано тамъ, гдѣ мы, судя по общему состоянію нервной системы, въ правѣ вызывать лишь умѣренныя раздраженія и вмѣстѣ съ тѣмъ должны поднять питаніе, слѣдовательно у истощенныхъ, малокровныхъ, обезсиленныхъ лицъ, въ особенности, если у нихъ отсутствуетъ аппетитъ. Имѣютъ-ли явленія, обнаруживаемыя со стороны нервной системы, болѣе характеръ слабости или возбужденія, съ этимъ слѣдуетъ сообразоваться при назначеніи продолжительности и температуры ваннъ. Въ случаѣ преобладанія явленій раздраженія, будетъ цѣлесообразнѣе назначать болѣе продолжительныя и нѣсколько болѣе теплыя ванны (27—28° R., 15—30 минутъ): при преобладаніи же слабости—болѣе кратковременныя, отъ 10—15

минутъ, и, если только нѣтъ никакихъ противопоказаній, то и нѣсколько болѣе прохладныя ванны (25—26° R.).

Для приготовленія средней разсольной ванны употребляется 2—3%-ный растворъ поваренной соли; т. е. при ваннѣ въ 300 литровъ, требуется 12 фунтовъ соли. Между тѣмъ часто достаточное дѣйствіе оказываетъ ванна и при меньшемъ (1—1½%) содержаніи соли. Въ случаѣ большой раздражительности кожи, не позволителенъ даже болѣе сильный растворъ. Брать-ли для приготовленія разсольной ванны, какъ это часто дѣлается, разсолъ, или маточный разсолъ, или простую поваренную соль, или одну изъ солей для ваннъ (Strassfurt'скую или Oberbad'скую), или, наконецъ, морскую соль, не составляетъ разницы. Авторъ предпочитаетъ въ общемъ прибавленіе той или иной изъ указанныхъ солей, такъ какъ при этомъ не можетъ произойти ошибки въ отношеніи концентраціи, которая возможна, прибавляя разсолъ.

При употребленіи натуральныхъ разсольныхъ ваннъ въ курортахъ, независимо отъ дѣйствія самихъ ваннъ, имѣютъ, конечно, вліяніе на успѣшность леченія также климатическія и другія мѣстныя условія. Дѣлая выборъ между многочисленными курортами съ разсольными купаніями Германіи, Австріи и Швейцаріи послѣднее обстоятельство не должно быть упущено изъ виду. Нѣкоторыя изъ этихъ мѣстъ въ виду климатическихъ условій, по крайней мѣрѣ лѣтомъ, совершенно не пригодны для страдающихъ нервами. Особеннаго вниманія заслуживаютъ: (въ Германіи) Baden-Baden, Tölz, Adelholzen, Traumstein, Homburg и Nauheim; (въ Австріи), Ischl, Gmunden, Aussee, Hallein.

Указанный выше взглядъ, усматривающій въ малокровіи главный источникъ всѣхъ нервныхъ болѣзней нашего времени, съ другой же стороны—вѣра въ особую цѣлебность желѣзныхъ ваннъ при хлорозѣ и анеміи, придали имъ такое зна-

ченіе при леченіи состояній нервной слабости, которое безъ сомнѣнія превышаетъ ихъ дѣйствительное значеніе; это весьма ясно доказывается тою массою слабонервныхъ женщинъ, которыя ежегодно собираются на желѣзныхъ водахъ. Что при дѣйствіи желѣзныхъ ваннъ, кромѣ вліянія температуры, принимается во вниманіе только производимое углекислотою раздраженіе кожи, всасываніе же желѣза черезъ кожу не происходитъ, можно въ настоящее время считать вопросомъ вполнѣ рѣшеннымъ. Поэтому совершенно непонятно, почему, не смотря на этотъ фактъ, все же приписываются желѣзнымъ ваннамъ особенныя цѣлебныя дѣйствія при анеміи. И дѣйствительно, наблюденія Löwefeld'а ясно доказываютъ то, что у анемичныхъ нервныхъ больныхъ достигаются разсольными ваннами въ сущности такія же результаты, какъ и ваннами желѣзными. Впрочемъ, область примѣненія послѣднихъ, сравнительно съ простыми разсольными ваннами, ограничена, такъ какъ изъ нихъ болѣе богатыя газами противопоказаны при преобладающихъ состояніяхъ возбужденія нервной системы (склонности къ конвульсіамъ, безсонницѣ и т. д.) и при наклонности къ приливамъ крови къ головѣ.

Точно также и при употребленіи индифферентныхъ термъ, немаловажную роль играетъ и по нынѣ предубѣжденіе. Авторъ совершенно не намѣренъ высказывать сомнѣній относительно цѣлебнаго дѣйствія этихъ ваннъ при разсматриваемыхъ нами болѣзняхъ, но все же напоминаетъ, что пока еще не представлено никакихъ доказательствъ въ пользу того, что такъ называемыя индифферентныя термы имѣютъ особое преимущество передъ обыкновенными простыми ваннами той-же температуры. Все, что говорилось въ пользу специфическаго дѣйствія термъ, а именно: натуральная ихъ теплота, отсутствіе плотныхъ составныхъ частей, особыя электрическія свойства, все это не нашло до сихъ поръ еще отголоска у людей, хотя бы нѣсколько способныхъ къ кри-

тической оцѣнкѣ. Скорѣе пришли къ убѣжденію, что то особое дѣйствіе, которое оказываетъ леченіе на термахъ, по сравненію съ дѣйствіемъ обыкновенныхъ теплыхъ ваннъ, употребляемыхъ на дому больного, должно быть отнесено на счетъ вліянія климатическихъ условій курорта, измѣненнаго образа жизни паціента и другихъ подобныхъ обстоятельствъ. Нѣкоторыя изъ этихъ термъ — вмѣстѣ съ тѣмъ и превосходные климатическіе курорты, чѣмъ и объясняется, что нерѣдко страдающіе нервами извлекаютъ пользу изъ своего пребыванія на термахъ лишь въ томъ случаѣ, если они вовсе не берутъ ваннъ, или берутъ ихъ очень мало. Показанія относительно употребленія термъ при неврастеніи и истеріи въ сущности— одни и тѣ-же, какъ и относительно разсольныхъ ваннъ. Температура отдѣльныхъ термальныхъ источниковъ—факторъ не имѣющій особаго значенія, такъ какъ соотвѣтствующимъ охлажденіемъ представляется возможнымъ удовлетворять и требованіямъ каждаго отдѣльнаго случая.

Нѣкоторыми рекомендуется для истощенныхъ, легко зябнущихъ неврастениковъ употребленіе грязевыхъ ваннъ. Однако дѣйствіе этихъ ваннъ далеко не всегда оказывается благопріятнымъ у упомянутыхъ больныхъ. Лучше всего ограничить примѣненіе этихъ ваннъ тѣми случаями, въ которыхъ имѣются хроническія воспалительныя пораженія тазовыхъ органовъ, когда желательно вызвать обратное ихъ развитіе.

Въ заключеніе Löwenfeld говоритъ еще нѣсколько словъ о примѣненіи купаній въ рѣкахъ и озерахъ. Боязнь, существующая еще во многихъ врачебныхъ кругахъ,—боязнь примѣненія этихъ купаній при функціональныхъ нервныхъ болѣзняхъ, въ общемъ неосновательна. Löwenfeld, на основаніи своихъ наблюденій, считаетъ невозможнымъ сомнѣваться, что и этими купаніями возможно достигнуть въ подходящихъ случаяхъ весьма благопріятныхъ результатовъ. Хотя потеря тепла въ холодной рѣчной и озерной водѣ зна-

чительнѣе, чѣмъ въ урегулированной по температурѣ водѣ ваннъ, однако съ другой стороны нельзя и отрицать того, что, благодаря возможности энергичныхъ мускульныхъ движеній, обстоятельство это въ достаточной степени компенсируется. Затѣмъ, слѣдуетъ еще принять во вниманіе, что рѣчныя и озерныя купанія не должны быть безусловно причисляемы къ купаніямъ холоднымъ: вода нѣкоторыхъ рѣкъ и озеръ достигаетъ въ самые жаркіе лѣтніе мѣсяцы температуры до 22° R. Такъ, напримѣръ, вблизи Мюнхена заслуживаютъ, въ указанномъ отношеніи, упоминанія рѣки Würm и Amper, а изъ озеръ въ особенности Staffelsee. Такимъ образомъ, при соотвѣтствующей температурѣ, рѣчными и озерными непродолжительными купаніями могутъ пользоваться не только хорошо упитанные, но и нѣжные малокровные неврастеники и истеричные, при томъ съ видимо хорошимъ успѣхомъ. Озерныя купанія дѣйствуютъ въ общемъ при одинаковой температурѣ нѣжнѣе, чѣмъ рѣчныя и легче переносятся. Посѣтители предъ-альпійскихъ озеръ могли достаточно убѣдиться, что молодыя и нѣжныя дѣвушки купаются безъ всякаго ущерба для здоровья при температурѣ озера въ 13—14° R., между тѣмъ какъ рѣчныя купанія той-же температуры подѣйствовали бы, въ большинствѣ случаевъ, неблагопріятно.

Указанія по бальнеотерапіи неврастеніи, имѣются въ работахъ Krafft-Ebing'a, Gorham'a, Arndt'a, Robin'a, Pelon'a, Fleury и многихъ другихъ.

VI. Электротерапія.

Примѣненіе электричества съ лечебной цѣлью далеко не ново. Уже во времена глубокой древности пользовались электрическимъ дѣйствіемъ янтаря, а также разрядами электрическихъ рыбъ для леченія различныхъ параличей,

нервныхъ и ревматическихъ болей. Послѣ изобрѣтенія Лейденской банки и электрической машины (въ XVIII столѣтіи), статическое электричество стало примѣняться при всевозможныхъ болѣзняхъ, въ самыхъ обширныхъ размѣрахъ. Немедленно, вслѣдъ за открытіемъ гальванизма (1789) стали приступать къ терапевтическому примѣненію оживляющаго и раздражающаго дѣйствія динамическаго электричества Примѣнялось электричество безъ какихъ-либо опредѣленныхъ показаній — чисто эмпирически. По мѣрѣ того, какъ развивалось физическое ученіе объ электричествѣ и формулировались законы дѣйствія электрической энергіи на живой организмъ, развитіе электротерапіи шло рука объ руку съ развитіемъ электро-физіологіи. Благодаря тѣсному общенію этихъ двухъ наукъ, электротерапія, въ настоящемъ своемъ видѣ, достигла высокой степени совершенства и по методамъ и по достигнутымъ результатамъ (М. Мендельсонъ).

Электролеченіе, обнаруживая во многихъ случаяхъ свое цѣлебное дѣйствіе, даетъ въ частности хорошіе результаты и при различныхъ формахъ неврастеніи. При указанномъ страданіи электротерапія примѣняется особенно часто, и ея роль можетъ быть названа прямо таки капитальной (Watson). Впрочемъ нѣкоторые врачи приписываютъ полученные благопріятные результаты не самому электричеству, а внушенію, посредствомъ котораго оно дѣйствуетъ.

Насколько дѣло касается спеціально истеріи (Löwenfeld *), то нельзя отрицать того, что добытые здѣсь примѣненіемъ электротерапіи хорошіе результаты обязаны психическому воздѣйствію. Было бы однако большой ошибкой, если бы стали вслѣдствіе этого полагать, что электроте-

*) Elektrishe Behandlung.

рапія также и при неврастеніи приноситъ пользу лишь путемъ внушенія, способъ же и мѣсто примѣненія электричества безразличны. Многолѣтній опытъ доказалъ, что полная вѣра въ цѣлебную силу электричества не въ состояніи устранить неблагопріятныхъ послѣдствій, если электричество было примѣнено несоотвѣтствующимъ способомъ, а съ другой стороны достигаются хорошіе результаты и тамъ гдѣ, не смотря на боязнь и недовѣріе больного къ электротерапіи, она примѣнялась вполнѣ правильно. Однако не слѣдуетъ смотрѣть на задачу, которую мы должны выполнить при леченіи электричествомъ указанныхъ больныхъ, какъ на очень простую и легкую. Если мы имѣемъ дѣло съ неврастениками, то часто многолѣтнее существованіе болѣзни, перемѣна выдающихся симптомовъ, неясность исходнаго пункта нѣкоторыхъ разстройствъ, которыя необходимо побороть, особенности реакціи на электротерапевтическія воздѣйствія, боязливость и предубѣжденіе больныхъ и еще другія обстоятельства, доставляютъ намъ массу затрудненій, преодолѣніе которыхъ требуетъ полнѣйшаго знанія дѣла, осторожности и терпѣнія.

Въ электротерапію неврастеніи и истеріи въ послѣднее время введенъ рядъ пріемовъ, примѣненіе которыхъ требуетъ сложнаго и дорогого инструментарія, вслѣдствіе чего, пока, они возможны лишь въ спеціальныхъ заведеніяхъ и у врачей спеціалистовъ. Въ дальнѣйшемъ мы разсмотримъ подробнѣе только болѣе старые электротерапевтическіе методы, которые могутъ найти болѣе общее примѣненіе и вслѣдствіе того, главнымъ образомъ, имѣютъ значеніе для практикующаго врача.

Изъ относящихся сюда процедуръ, гальванизація головы является одной изъ важнѣйшихъ. Она прежде всего показана въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ чистыми церебрастеническими явленіями или съ яснымъ ихъ преобла-

даніемъ: затѣмъ гальванизація головы съ пользой примѣняется попеременно съ гальванизаціей спинного мозга въ не очень тяжелыхъ случаяхъ общей неврастеніи. Изъ симптомовъ, на которые эта процедура специально вліяетъ, должны быть отличены: прежде всего головная боль и различныя ненормальныя ощущенія въ головѣ, называемыя давленіемъ, отяжелѣніемъ, тяжестью и т. д., затѣмъ склонность къ головокруженіямъ и приливамъ крови къ головѣ, умственная импотенція, патологическія состоянія страха и душевное угнетеніе. Ни при какой другой электротерапевтической процедурѣ способъ исполненія не играетъ столь важной роли для успѣха, какъ здѣсь. Одинъ и тотъ же способъ воздѣйствія, который въ одномъ случаѣ приноситъ замѣчательную пользу, можетъ въ другомъ, по видимому похожемъ, причинить вредъ. Является необходимой строжайшая индивидуализація.

Что касается того, какой силы и продолжительности примѣнять токъ, то въ этомъ отношеніи мы должны прежде всего помнить одно обстоятельство, на которое обращено вниманіе Löwenfeld'омъ, а именно, что чувствительность къ гальваническому току въ отдѣльныхъ случаяхъ церебрастеніи бываетъ различна. Въ этомъ отношеніи возможно различать три формы мозгового истощенія: формы съ нормальной или почти нормальной чувствительностью, формы съ повышенной и формы съ пониженной чувствительностью къ гальваническому раздраженію. Какая изъ трехъ формъ церебрастеніи имѣется въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, не всегда возможно рѣшить a priori, а чаще приходится опредѣлять на основаніи опыта. Въ общемъ можно сказать, что у апатичныхъ или меланхолически настроенныхъ, плохо упитанныхъ неврастениковъ, чувствительность къ гальваническому току понижена. У такихъ больныхъ могутъ быть примѣняемы токи густоты до $\frac{6\ ma}{90\ cm}$

и продолжительностью до 10 минутъ и даже долѣе. Въ цѣломъ рядѣ подобныхъ случаевъ, авторъ убѣдился въ томъ, что дѣйствіе гальванизаціи головы, вмѣстѣ съ повышеніемъ силы тока и продолжительностью сеанса до указаннаго предѣла, увеличивалось.

Повышенная чувствительность къ гальваническому току наблюдается преимущественно у болѣе молодыхъ, хорошо упитанныхъ лицъ, съ легко возбудимой натурой, живыми красками на лицѣ и со склонностью къ приливамъ къ головѣ. У подобныхъ лицъ можетъ иногда уже токъ густоты въ $\frac{0{,}3\ ma}{90\ cm}$ вызвать непріятныя ощущенія. Вслѣдствіе этого здѣсь слѣдуетъ въ общемъ вначалѣ примѣнять лишь весьма слабые токи $\frac{0{,}5\ ma}{90\ cm}$ и ниже до $\frac{0{,}2\ ma}{90\ cm}$ при очень кратковременныхъ сеансахъ (1 минуту и менѣе). При улучшеніи состоянія, уменьшается въ этихъ случаяхъ обыкновенно въ весьма замѣтной степени и повышенная чувствительность къ постоянному току, такъ что въ послѣдствіи могутъ быть примѣняемы болѣе сильные токи при большей продолжительности сеанса. Густота тока, которую примѣняетъ L ö w e n f e l d въ случаяхъ средней возбудимости, колеблется между $\frac{1\text{-}2\ ma}{90\ cm}$ *, продолжительность сеанса отъ 2—4 минутъ Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ слѣдуетъ настоятельно совѣтовать начинать съ незначительной густоты тока и кратковременнаго сеанса; лишь послѣ того, какъ чувствительность къ электрическому вліянію вполнѣ опредѣлились, можно безъ риска увеличивать примѣняющуюся интенсивность тока и продолжительность сеансовъ.

Что касается направленія тока, то авторъ обыкновенно пользуется лишь продольнымъ (отъ лба къ затылку), причемъ, не смотря на теоретическія соображенія, высказываемыя нѣкоторыми авторами противъ его взглядовъ, примѣняетъ

*) 90 cm: это—принятая въ среднемъ площадь (13×7) электродовъ, употребляющихся Löwenfeld'омъ.

въ случаяхъ, въ которыхъ можно предположить анемическое состоянiе мозга—восходящiе, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ—нисходящiе токи.

Основнымъ правиломъ должно служить, чтобы вслѣдъ за сеансомъ не наступали какiя бы то ни было непрiятныя ощущенiя. Гдѣ таковыя появляются, способъ примѣненiя былъ неподходящiй. Кромѣ того слѣдуетъ еще обратить вниманiе на одно обстоятельство, которое должно быть принято во вниманiе, не только при гальванизацiи головы, но и при всякой электротерапевтической процедурѣ: рѣчь идетъ о душевномъ настроенiи пацiента. Нерѣдко пацiенты очень страшатся предстоящаго электрическаго леченiя, что зависитъ отъ превратныхъ представленiй о способѣ и дѣйствiи электризацiи. Страхъ этотъ можетъ повести къ припадкамъ обморока; иногда даже и мужчины настолько страшатся электризацiи, что едва могутъ удержаться на стулѣ въ ожиданiи предстоящаго сеанса. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ воздержаться отъ какого бы то ни было примѣненiя электричества и успокоить пацiента, такъ какъ въ противномъ случаѣ послѣдствiя имѣющагося душевнаго волненiя,—напримѣръ, наступленiе обморока, будутъ приписаны электризацiи; кромѣ того, при подобныхъ условiяхъ, мы не въ состоянiи получить ясное представленiе о дѣйствiи примѣненной процедуры.

Нѣкоторые авторы, какъ, напримѣръ, Vento, пользуются обычно въ началѣ восходящимъ токомъ при гальванизацiи головы, а затѣмъ мѣняютъ направленiе тока, какъ только больной начинаетъ испытывать тяжесть въ головѣ, или-же головную боль.

Послѣ гальванизацiи головы, наиболѣе часто примѣняется изъ мѣстныхъ методовъ леченiя гальванизацiя спинальная (вдоль позвоночника); она спецiально показана при мiэла-

стеніи рахіалгіяхъ и, какъ уже было упомянуто, примѣняется при общей неврастеніи наряду съ леченіемъ головы. Изъ различныхъ методовъ спинальной гальванизаціи (горизонтальной, простой продольной, продольной со включеніемъ шейнаго симпатическаго нерва), L ö w e n f e l d въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ, при разсматриваемыхъ состояніяхъ, отдавалъ предпочтеніе горизонтальному направленію тока и, по его мнѣнію, съ пользой. Во время электризаціи шейной и верхней половины грудной части позвоночника, неподвижный полюсъ ставится на sternum, при электризаціи остальной части позвоночника (внизъ до третьяго поясничнаго позвонка)—выше пупка. У позвоночника пластинка электрода перемѣщается снизу вверхъ или наоборотъ и, притомъ, каждый разъ на разстояніе, равное длинѣ пластинки, и оставляется на каждомъ мѣстѣ въ теченіе 20—30 секундъ.

Если отдѣльныя части спинного мозга спеціально затронуты (напримѣръ, поясничная часть), или если часть позвоночника оказывается особенно болѣзненной, то на нихъ электродъ держится дольше. Общая продолжительность сеанса должна длиться не болѣе 5 минутъ. Что касается силы тока, то обыкновенно оказывается достаточнымъ токъ силою въ 3—5 M. A. Наиболѣе подходящей величиною электродовъ L ö w e n f e l d считаетъ металлическія пластинки площадью 5 × 10. Примѣняемая соотвѣтственно тому густота тока колеблется отъ $\frac{2\text{-}5 \text{ ma.}}{50 \text{ cm.}}$. Примѣненіе большихъ пластинокъ не имѣетъ никакого преимущества, въ особенности у худыхъ лицъ, такъ какъ онѣ прилегаютъ къ тѣлу лишь отчасти. При перемѣщеніи пластинокъ по спинѣ, необходимо принимать во вниманіе различную сопротивляемость кожи надъ различными частями позвоночника, и достиженіе одинаковой густоты тока часто требуетъ, на различныхъ мѣстахъ позвоночника, весьма различное число элементовъ. Выборъ полюса, прилагаемаго къ спинѣ, важенъ только тогда, когда имѣются на

лицо ясно выраженныя явленія спинальнаго раздраженія: въ этомъ случаѣ показано приложеніе къ спинѣ анода.

Изъ остальныхъ мѣстныхъ процедуръ, которыя слѣдуетъ еще имѣть въ виду, это—гальванизація шеи. Эта процедура оказываетъ намъ во многихъ случаяхъ большія услуги въ борьбѣ съ симптомами, о которыхъ теперь будетъ рѣчь. Показана она прежде всего при всѣхъ видахъ нервнаго разстройства сердечной дѣятельности (ускоренной, неправильной, или замедленной), затѣмъ при разнообразныхъ, ненормальныхъ ощущеніяхъ, относящихся къ сердцу (чувству дрожанія, сжатія и т. д.), при боляхъ въ области сердца, начиная съ незначительной боли до нестерпимой angina pectoris, при припадкахъ страха съ чувствомъ давленія и сжатія груди, или спеціально въ области сердца (прекордіальная тоска), наконецъ при нервной астмѣ. Такъ какъ явленія эти наблюдаются въ весьма многихъ случаяхъ, то представляется возможность часто примѣнять гальванизацію шеи. Этотъ лечебный методъ, по мнѣнію Löwenfeld'a, въ отношеніи своего тарапевтическаго дѣйствія, не имѣетъ ничего общаго съ симпатическимъ нервомъ, и на практикѣ является гальванизаціей блуждающаго нерва. Авторъ употребляетъ при этомъ всегда восходящій токъ (+ у внутренняго края m. sternocleidomastoidei, надъ manubrium sterni,—у угла нижней челюсти) по $1^{1}/_{2}$—3 минуты съ каждой стороны. Примѣняемая сила тока равна отъ $^{1}/_{2}$ до 2 М.А., площадь употребляемыхъ электродныхъ пластинокъ—4×2, что даетъ значительную густоту тока. Дѣйствіе гальванизаціи весьма часто проявляется въ непосредственномъ облегченіи; въ отдѣльныхъ случаяхъ требуется все-же нѣсколько сеансовъ, пока обнаружится замѣтное улучшеніе.

Электризація желудка и кишекъ примѣняется при нервной диспепсіи, привычныхъ запорахъ и tympanitis истеричныхъ. При нервной диспепсіи слѣдуетъ въ общемъ пред-

почитать гальваническій токъ. Одинъ очень большой электродъ (12×28) прикладывается къ передней стѣнкѣ живота, въ области желудка, а меньшій, на той-же приблизительно высотѣ, къ спинѣ; сила тока 5 — 15 М.А. Нѣкоторые хвалятъ успѣшное дѣйствіе гальвано-фарадизаціи.

При привычныхъ запорахъ рекомендуется энергичная фарадизація живота, которая можетъ быть произведена различнымъ образомъ: приложеніемъ двухъ большихъ стабильныхъ, покрывающихъ большую часть живота, электродовъ (наименѣе болѣзненная процедура); приложеніемъ большого стабильнаго электрода къ спинѣ, а меньшаго (5 × 10) къ передней стѣнкѣ живота, причемъ послѣдній, съ сильнымъ надавливаніемъ, передвигается по направленію толстыхъ кишекъ; введеніемъ одного электрода въ прямую кишку и приложеніемъ другого электрода только что указаннымъ способомъ. Послѣдняя процедура наиболѣе дѣйствительна, но зато для паціента наименѣе пріятна. Частыя прерыванія и перемѣны направленія тока, всегда необходимы.

Большія услуги, въ большинствѣ случаевъ совершенно независимыя отъ вліянія внушенія, оказываетъ электричество при леченіи состояній половой слабости. Противъ pollutiones nimiae и spermatorrhoe примѣняется преимущественно горизонтальная электризація поясничной части спинного мозга (+полюсъ на нижніе грудные и верхніе поясничные позвонки,—полюсъ на животѣ) и нисходящіе токи отъ поясничной части позвоночника къ промежности; густота тока не должна при этомъ превышать $\frac{2-5 \text{ ma}}{10 \times 5 \text{ cm}}$, а продолжительность сеанса 5 минутъ. При болѣе продолжительной spermatorrhoe, наряду съ этимъ, показано мѣстное леченіе. Изъ методовъ, сюда относящихся, въ случаяхъ, въ которыхъ не имѣется хроническаго уретрита, должно признать самымъ употребительнымъ extra — и intraurethral'ное примѣненіе

электричества. Последнее однако и при хроническомъ уретритѣ оказываетъ часто весьма хорошія услуги. Въ болѣе легкихъ случаяхъ spermatorrhoe, часто бываетъ достаточнымъ наружное примѣненіе электричества (проведеніе усиливающихся фарадическихъ, или сильныхъ гальваническихъ токовъ съ частыми перемѣнами направленія отъ промежности къ лонному сращенію). Въ большинствѣ случаевъ однако, intraurethral'ное леченіе ведетъ быстрѣе и вѣрнѣе къ цѣли, и въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ оно всегда необходимо. Это внутреннее леченіе производится съ помощью катетра-электрода, который вводится до самой предстательной части, въ то время, какъ другой электродъ, въ видѣ пластинки, прикладывается къ промежности. Löwenfeld примѣняетъ чаще фарадическій токъ. Токъ этотъ, будучи примѣненъ intraurethral'но, имѣетъ то преимущество, что онъ не оказываетъ прижигающаго дѣйствія и, при постепенномъ усиленіи его, допускаетъ примѣненіе очень сильныхъ токовъ, не причиняя боли, или даже непріятныхъ ощущеній, хотя бы весьма чувствительнымъ, неврастеникамъ. Вслѣдствіе указаннаго обстоятельства онъ даетъ возможность всегда энергично воздѣйствовать на сократительность мускульныхъ элементовъ сѣменныхъ выводныхъ протоковъ. Тотъ фактъ, что даже при гиперестезіи pars. prostat. легко переносятся, при постепенномъ усиленіи, такіе токи, которые причиняютъ сильную боль, будучи приложены къ кожѣ,— легко объясняется тѣмъ, что фарадическій токъ понижаетъ чувствительность тѣхъ частей слизистой оболочки, на которыя онъ дѣйствуетъ. Съ другой стороны, относительно постояннаго тока намъ еще неизвѣстно, при какой густотѣ тока можно съ увѣренностью избѣгнуть прижиганья слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала. Къ intraurethral'ной электризаціи можно съ пользой присоединить описанную внѣшнюю электризацію (проведеніе тока отъ

промежности къ лонному срощенію) гальваническимъ или фарадическимъ токомъ и нисходящую гальванизацію отъ поясничной части спинного мозга—къ промежности.

Электротерапія spermatorrhoe (не гонорройнаго происхожденія) лишь въ рѣдкихъ случаяхъ оказывается недѣйствительной, но она требуетъ всегда терпѣнія; при запущенной spermatorrhoe нужно всегда предвидѣть продолжительное, длящееся много мѣсяцевъ, леченіе.

При ирритативной формѣ полового безсилія, умѣстно такое-же гальваническое леченіе, какъ и при учащенныхъ поллюціяхъ. Атоническая форма безсилія допускаетъ примѣненіе различныхъ электротерапевтическихъ процедуръ и значительной силы токовъ (восходящей и нисходящей гальванизаціи отъ поясничной части спинного мозга къ промежности, проведеніе сильныхъ гальваническихъ и фарадическихъ токовъ отъ промежности къ лонному срощенію и пр.).

Изъ различныхъ методовъ общаго электрическаго леченія, „общая фарадизація“ имѣетъ самое большое значеніе въ практическомъ отношеніи. Она введена американскими авторами Beard'омъ и Rockwell'емъ.

Методъ Beard'a и Rockwell'a состоитъ въ томъ, что одинъ полюсъ индуктивнаго тока прикладывается неподвижно къ какой-либо части тѣла, а другой полюсъ, снабженный хорошо смоченнымъ электродомъ (5×10), постепенно водится по всей поверхности тѣла, начиная съ головы и затѣмъ переходя на шею, спину, грудь, животъ, верхнія и нижнія конечности. Аппликація стабильнаго электрода можетъ быть произведена различнымъ образомъ: въ видѣ теплой ножной ванны, въ которую помѣщается соотвѣтствующій электродъ, въ видѣ довольно большой нагрѣтой и смоченной металлической пластины, на которую паціентъ долженъ поставить ноги, или-же сѣсть, а также въ видѣ большого спинного электрода.

Электризація головы производится обыкновенно влажной рукой, такъ какъ рука лучше, чѣмъ какой либо инструментъ, прилегаетъ къ головѣ; при этомъ врачъ беретъ лабильный электродъ въ лѣвую руку и поглаживаетъ хорошо увлажненной правой голову. Также и на переднихъ и боковыхъ частяхъ шеи рекомендуется употребленіе влажной руки. Очень хвалитъ вообще пользованіе при неврастеніи такъ-называемой фарадизаціонной рукой, между прочимъ, Hart. Этимъ путемъ достигаются болѣе нѣжные оттѣнки силу тока. По наблюденіямъ Löwenfeld'а, на туловищѣ и на конечностяхъ, цѣлесообразнѣе всего брать такую силу тока, при которой получаются отчетливыя, но лишь слабыя мускульныя сокращенія. Поглаживаніе головы не должно причинять боли, такъ что при этомъ слѣдуетъ обыкновенно примѣнять очень слабые токи. Общая продолжительность отдѣльныхъ сеансовъ не должна въ общемъ превышать 15 минутъ.

Результаты, получаемые отъ общей фарадизаціи, весьма цѣнны. Особенно она показана при неврастеническихъ и истеро-неврастеническихъ состояніяхъ, въ картинѣ болѣзни которыхъ преобладаютъ симптомы высокой степени истощенія, а также у неврастениковъ съ рѣзко пониженнымъ питаніемъ, уменьшеннымъ аппетитомъ и душевной депрессіей. Очень возбужденныя, безпокойныя, хотя бы и истощенныя лица съ состояніями депрессіи, въ общемъ, непригодны для подобнаго леченія.

Beard'омъ и Rockwell'емъ предложены были еще и нѣкоторые другіе методы общей электризаціи, какъ-то, общая гальванизація и центральная гальванизація, дѣйствіе и показанія которыхъ какъ будто схожи съ таковыми общей фарадизаціи, однако методы эти, по сравненію съ общей фарадизаціей, не имѣютъ никакихъ особыхъ преимуществъ, а, быть-можетъ, даже представляютъ невыгоду.

Въ новѣйшее время вошелъ въ большое употребленіе другой видъ общей электризаціи при леченіи состояній нервной слабости, а именно—электрическія ванны. Отчасти хлопотливость, связанная съ общей фарадизаціей, а также желаніе пощадить женскую скромность побудили замѣнить эту процедуру—электрической ванной.

Приготовленіе электрическихъ ваннъ достигается путемъ введенія электрическихъ токовъ въ подогрѣтую воду, заключающуюся въ спеціально для этой цѣли приспособленной ваннѣ. Примѣняются какъ фарадическіе, такъ и гальваническіе и динамо-токи, вслѣдствіе чего различаютъ: фарадическія, гальваническія и т. п. ванны, затѣмъ, въ зависимости отъ рода аппликаціи электродовъ: монополярныя, диполярныя и триполярныя ванны. При монополярныхъ ваннахъ одинъ изъ полюсовъ аппарата, употребляемаго какъ источникъ тока приводится тѣмъ, или инымъ путемъ въ соприкосновеніе съ водой, другой прикладывается внѣ ванны къ какой-либо подходящей части тѣла (къ затылку, къ рукамъ). При диполярной ваннѣ, погружаются въ воду оба полюса, одинъ въ ножномъ, другой въ головномъ концѣ ванны. При триполярной, рекомендуемой Stein'омъ, ваннѣ соединяютъ съ полюсомъ, введеннымъ у ножного конца ванны, двѣ металлическія пластинки, изъ которыхъ одна помѣщается противъ ногъ, а другая между ногами.

Такъ какъ при монополярной ваннѣ густота тока у мѣста аппликаціи электрода, находящагося внѣ воды, часто производитъ непріятныя ощущенія, а при обыкновенной диполярной ваннѣ большая часть тока теряется для тѣла, проходя прямо черезъ воду, то въ новѣйшее время устроена такъ называемая двукамерная электрическая ванна, задача которой устранить указанныя неудобства. Въ этой ваннѣ устроена резиновая діафрагма, которою тѣло купающагося и вода до нѣкоторой степени раздѣляются на двѣ части, могущія соединяться съ полюсами.

При разсматриваемомъ нами болѣзненномъ состояніи примѣняется преимущественно фарадическая ванна, вліяніе которой главнымъ образомъ характера возбуждающаго и приближается, по Beard'у и Rockwell'у, къ дѣйствіямъ общей фарадизаціи. Она вслѣдствіе этого, главнымъ образомъ, показана при состояніяхъ нервной слабости, при которыхъ не имѣется значительныхъ явленій раздраженія. Въ случаяхъ, гдѣ наблюдаются подобные симптомы, возможно назначеніе гальванической ванны, которой присуще болѣе успокоивающее дѣйствіе.

Объ электрическихъ ваннахъ при неврастеніи пишутъ Eulenburg, Wagner, Robinson и мн. др.

Терапевтическое примѣненіе статическаго электричества (франклинизація), благодаря введенію во врачебную практику электростатической машины, дѣйствующей посредствомъ вліянія, сдѣлало значительный шагъ впередъ. Машина эта, по сравненію съ болѣе старыми, въ которыхъ электричество добывалось путемъ тренія, имѣетъ то большое преимущество, что она даетъ постоянный токъ, благодаря которому возможно вызвать, какъ весьма нѣжное общее, такъ и сильное мѣстное дѣйствіе въ зависимости отъ требованій случая.

Примѣненіе статическихъ (высокаго напряженія) токовъ обычно производится въ видѣ „электростатической воздушной ванны". Вполнѣ одѣтаго паціента сажаютъ на изолированный, посредствомъ стеклянныхъ ножекъ, табуретъ или стулъ и ставятъ его ноги на металлическую пластинку, съ которой одинъ изъ кондукторовъ машины соединяется посредствомъ цѣпочки, а другой кондукторъ посредствомъ цѣпи съ землей, но можетъ также оставаться и несоединеннымъ. Если металлическая пластинка соединена съ положительнымъ полюсомъ, то паціентъ заряжается положительнымъ электричествомъ: подобное заряженіе, по мнѣнію Löwen-

feld'a, кажется наиболѣе пригоднымъ для большинства случаевъ (положительная воздушная ванна, положительное заряженіе); если положительный полюсъ отведенъ въ землю, то паціентъ заряжается отрицательно. Соединеніе обоихъ электричествъ происходитъ здѣсь на всей поверхности тѣла, что связано съ нѣжнымъ, въ нѣкоторыхъ частяхъ тѣла (въ особенности часто на головѣ) болѣе ясно ощутимымъ, раздраженіемъ кожныхъ нервовъ. Къ этому общему леченію, примѣненіемъ различныхъ приспособленій, можно присоединить рядъ мѣстныхъ воздѣйствій. Наиболѣе важнымъ въ этомъ отношеніи является употребленіе такъ называемаго головного колокола (головного душа), который, при различныхъ страданіяхъ головы, оказываетъ хорошія услуги. Соединеніе обоихъ электричествъ между головой и окружающимъ ее воздухомъ, при этомъ пріемѣ, происходитъ въ гораздо болѣе значительной мѣрѣ, нежели при простой воздушной ваннѣ, вслѣдствіе чего и дѣйствіе на голову болѣе интенсивно. Примѣненіе головного колокола можетъ имѣть мѣсто также безъ изоляціи паціента: одинъ изъ полюсовъ отводится въ землю, а другой соединяется съ головнымъ колоколомъ. Дѣйствіе здѣсь—болѣе слабое. Между тѣмъ примѣненіе головного колокола требуетъ извѣстной осторожности; при слишкомъ значительномъ приближеніи послѣдняго къ головѣ, легко можетъ получиться проскакиваніе искръ между волосами и колоколомъ, что доставляетъ паціенту весьма непріятное ощущеніе удара. Различные другіе электрофоры, оканчивающіеся шаромъ, остріемъ или нѣсколькими остріями, служатъ для мѣстныхъ вліяній посредствомъ электрическаго вѣтра, которымъ обдуваютъ различныя части тѣла, или посредствомъ извлеченія искръ.

Что касается терапевтическаго значенія статическаго электричества при неврастеніи, то, согласно наблюденіямъ цѣлаго ряда изслѣдователей (Charcot, Boudet, Vigou-

roux, Beard, Stein, Benedikt, Eulenburg и др.), не подлежитъ сомнѣнію, что оно какъ при неврастеническихъ, такъ и истерическихъ состояніяхъ можетъ оказать хорошія услуги. Что же касается способа дѣйствія франклинизаціи, то существуетъ полное разногласіе, такъ какъ не выяснено, достигаются-ли цѣлебные результаты путемъ физіологическимъ, или путемъ внушенія и въ какой мѣрѣ можетъ вліять первое и второе; также пока совсѣмъ еще не выяснено точно, при какихъ состояніяхъ, resp. симптомахъ, франклинизація оказывается болѣе дѣйствительной, по сравненію съ другими видами электризаціи. Изъ симптомовъ, которые особенно поддаются дѣйствію франклинизаціи, можно указать на головную боль, головное давленіе и другія болѣзненныя ощущенія въ головѣ, на недостаточный сонъ, истерическія анестезіи, боли и параличи, и на шумъ въ ушахъ нервнаго происхожденія. Нѣкоторые наблюдатели (Stein, Vigouroux, Levillain и мн. др.) нашли, что электростатическіе заряды у неврастениковъ и истеричныхъ, оказываютъ благотворное дѣйствіе также и на общее ихъ состояніе. Многими высказываемое предположеніе, что эффекты франклинизаціи должны быть отнесены на счетъ психическаго фактора леченія, не лишено извѣстной доли основанія. Во всякомъ случаѣ, по мнѣнію Löwenfeld'a, было бы крайностью, если бы мы захотѣли совершенно отрицать возможность физіологическаго воздѣйствія франклинизаціи на общее самочувствіе или отдѣльные симптомы у неврастениковъ и истеричныхъ.

Изъ новыхъ электротерапевтическихъ методовъ, которые въ послѣдніе годы стали примѣнятся при неврастеніи, истеріи и сродныхъ состояніяхъ, примѣненіе токовъ большой частоты и высокаго напряженія играютъ главную роль. Методъ этотъ, по имени открывшихъ этотъ родъ тока, фран-

цузскаго физіолога d'A r s o n v a l'a и инженера T e s l a, назвали „арсонвализаціей или теслаизаціей".

Арсонвализація примѣняется какъ въ видѣ общаго леченія, такъ и мѣстной аппликаціи. Общая арсонвализація, которая при разсматриваемомъ страданіи, главнымъ образомъ заслуживаетъ вниманія, примѣняется различнымъ образомъ, преимущественно-же въ видѣ автокондукціи. Паціентъ при этомъ помѣщается въ большой соленоидъ и окружается токами большой частоты, благодаря чему онъ сильно заряжается электричествомъ, не испытывая при этомъ никакого ощущенія. Взгляды лицъ, спеціально занимающихся этимъ методомъ, касательно терапевтическаго значенія арсонвализаціи при неврастеніи и истеріи, до настоящаго времени, сильно расходятся. Наблюденіе d'Arsonval'я, что токи большой частоты не оказываютъ видимаго дѣйствія на периферическіе чувствительные и двигательные нервы, побудило учениковъ его вообще отказаться отъ примѣненія арсонвализаціи при нервныхъ страданіяхъ. A p o s t o l i сообщаетъ объ ухудшеніяхъ, которыя онъ наблюдалъ у неврастениковъ и истеричныхъ, при примѣненіи этого метода и считаетъ послѣдній противопоказаннымъ при этихъ страданіяхъ. F r e u n d не придерживается этого мнѣнія, но все-же высказывается въ пользу лишь весьма ограниченнаго примѣненія арсонвализаціи у неврастениковъ. По мнѣнію автора, при автокондукціи имѣется дѣло съ сильнымъ вліяніемъ внушенія, вызываемаго новизною и необычной обстановкой этого лечебнаго метода. F r e u n d того взгляда, что процедурой этой, какъ способомъ внушенія, слѣдуетъ пользоваться лишь въ самыхъ крайнихъ случаяхъ и притомъ менѣе у живыхъ, раздражительныхъ, нервныхъ больныхъ, чѣмъ у меланхолически-ипохондрически настроенныхъ. У возбужденныхъ неврастениковъ, по наблюденіямъ F r e u n d'a, вслѣдствіе необычной процедуры, безпокойство

и безсонница усиливались. Чаще всего до настоящаго времени хорошіе результаты отъ автокондукціи наблюдались при недостаточномъ снѣ (Bädeker, T. Cohn, Boisseau du Rocher, E. Kindler).

Въ заключеніе настоящей главы замѣчу, что, по вопросу о леченіи неврастеніи электричествомъ, писали очень многіе авторы, какъ то: Charcot, Krafft-Ebing, Binswanger, Vigouroux, Boisseau du Rocher, Robinson, Vinaj, Massey, Imbert de la Touche, Cleaves, Apostoli, Apostoli et Planet, Moutier, Regnier, Foveau de Courmelles, Snow, Willcomb, Traugott, Robin, Bonnefoy и др., но подробно останавливаться на нихъ не буду, такъ какъ все существенно важное по этому предмету уже изложено въ приведенной главѣ Löwenfeld'a.

VII. Воздушныя и свѣтовыя ванны.

Воздушныя (свѣто-воздушныя) ванны были впервые систематически примѣняемы Рикли (не-врачемъ), который приписывалъ имъ цѣлебное дѣйствіе при различныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ. Онъ считалъ воздухъ и свѣтъ первоклассными цѣлебными факторами и называлъ ихъ простѣйшими и легче всего переносимыми средствами для леченія, укрѣпленія и закаленія человѣческаго тѣла. Какъ видно изъ словъ Рикли, для успѣшнаго проведенія свѣто-воздушнаго леченія, недостаточно воздѣйствіе свѣта и воздуха на покрытое одеждой тѣло: необходимо совершенно раздѣться и принимать свѣто-воздушную ванну безъ всякаго костюма для того, чтобы она обнаружила свое цѣлебное вліяніе въ полной мѣрѣ.

Хотя въ своей врачебной практикѣ Рикли примѣнялъ и другіе цѣлебные естественные факторы какъ то: воду, діэту, движеніе, покой и т. д., но собственно, подъ такъ называемымъ „методомъ Рикли“, разумѣютъ цѣлесообразное врачебное примѣненіе воздуха и свѣта (Платенъ).

Замѣчу, что еще до Рикли ванны воздушныя рекомендовались Hufeland'омъ.

Изъ физическихъ цѣлебныхъ факторовъ, которыми пользуются при состояніяхъ нервной слабости, въ новѣйшее время все болѣе и болѣе стали примѣнять также и воздушныя ванны (Löwenfeld). Вліяніе воздушныхъ ваннъ на человѣческій организмъ, главнымъ образомъ, обусловленъ движеніемъ и температурой воздуха, который дѣйствуетъ на обнаженное тѣло. Нѣкоторые изъ паціентовъ Löwenfeld'а начинали пользоваться воздушными ваннами уже съ апрѣля мѣсяца, при температурѣ едва въ 10°, и продолжали ихъ въ теченіе весеннихъ и лѣтнихъ мѣсяцевъ, даже въ холодные дни, не причиняя себѣ этимъ никакого вреда. Дѣйствіе солнечнаго свѣта, по сравненію съ таковымъ движенія воздуха,—въ виду того, что дѣло касается только разсѣяннаго дневного свѣта,—имѣетъ второстепенное значеніе, хотя лишить его всякаго значенія едва-ли было-бы правильно. Вѣроятно, благодаря этимъ двумъ факторамъ, вызывается усиленіе обмѣна веществъ. При болѣе продолжительномъ пользованіи воздушными ваннами кожа принимаетъ красновато-коричневую окраску, и вмѣстѣ съ бо̀льшимъ кровенаполненіемъ кожныхъ сосудовъ является одновременное уменьшеніе крови во внутреннихъ органахъ. Дѣйствіе воздушныхъ ваннъ приближается по этому, до нѣкоторой степени, къ дѣйствію влажныхъ обтираній и полуваннъ.

Что касается значенія воздушныхъ ваннъ при разсматриваемомъ нами страданіи, то нельзя отрицать, что онѣ могутъ способствовать закаливанію кожныхъ нервовъ и урегулиро-

ванію распредѣленія крови, а также часто улучшать временное самочувствіе.

Общія указанія относительно того, какъ брать свѣто-воздушныя ванны, даетъ, между прочимъ, Платенъ, который пишетъ, что начинать примѣненіе свѣто-воздушныхъ ваннъ слѣдуетъ весьма осторожно, и, на первыхъ порахъ, не злоупотреблять ими. Прежде всего, нужно въ теплую погоду выбрать удобное мѣсто подъ открытымъ небомъ, но никакъ не на солнцепекѣ, а такое, гдѣ бы воздухъ успѣлъ уже нагрѣться солнцемъ. Тогда паціентъ, не снимая нижняго платья, или въ купальномъ костюмѣ, долженъ босикомъ, или въ сандаліяхъ, медленно гулять въ продолженіе нѣсколькихъ минутъ послѣ чего онъ вновь, въ продолженіе нѣсколькихъ минутъ, подвергаетъ свое обнаженное тѣло дѣйствію воздуха и свѣта. Страдающимъ приливами къ головѣ рекомендуется покрывать голову легкой шляпой. Съ каждымъ днемъ сеансъ можно удлинять. Чѣмъ температура воздуха ниже, тѣмъ ванна должна быть менѣе продолжительной и тѣмъ энергичнѣе нужно двигаться какъ во время самой ванны, такъ и послѣ нея. Въ этомъ случаѣ достаточно отъ 3—4 минутъ. Въ теплые солнечные дни не надобно бояться лишней минуты, при чемъ самочувствіе паціента играетъ часто рѣшающую роль.

Наряду со свѣто-воздушными ваннами, въ послѣдніе годы стали примѣняться при неврастеніи также ванны съ электрическими лампочками накаливанія. Kellog, американскій врачъ (въ Чикаго), устроилъ электрическую свѣтовую ванну для всего тѣла и для отдѣльныхъ его частей. Въ большихъ камерахъ имѣется отъ 50—60 лампочекъ накаливанія, и въ промежуткѣ между рядами лампочекъ—зеркала. Внутри ящика ставится стулъ, на которомъ садится больной, или же кровать, на которую онъ ложится.

По мнѣнію Kellog'a, лучистое тепло проникаетъ на большую глубину въ ткани и производитъ большій эффектъ

на нервные центры и процессы питанія и обмѣна веществъ (Bordier). По мнѣнію Löwenfeld'a, ванны эти у неврастениковъ могутъ быть серьезно принимаемы во вниманіе лишь какъ вспомогательное средство при леченіи тучности и требуютъ здѣсь величайшей осторожности. Wilhelm хвалитъ дѣйствіе электрическихъ свѣтовыхъ ваннъ. Рекомендуетъ свѣтовыя ванны Romme.

Нѣкоторые авторы пишутъ о хорошемъ дѣйствіи на неврастениковъ—цвѣтного свѣта. Такъ Joire рекомендуетъ при леченіи общихъ и мѣстныхъ явленій гиперестезіи у неврастениковъ—красный цвѣтъ, успокоивающее дѣйствіе котораго будто весьма дѣйствительно и очень скоро наступаетъ. Явленія депрессіи подлежатъ леченію лучами другихъ цвѣтовъ, которые, въ зависимости отъ состоянія паціента, могутъ быть измѣняемы. Красные лучи дѣйствуютъ, по мнѣнію автора, также благотворно на явленія вазомоторныя, подобно тому какъ и на разстройства гастрическія и на состояніе питанія. Преимущество этого метода заключается, пишетъ Joire, въ возможности разнообразить пріемы, смотря по состоянію паціента, вслѣдствіе чего можетъ быть примѣняемо у большинства неврастениковъ. О вліяніи различныхъ цвѣтовъ свѣта говоритъ также Foveau de Courmelles и считаетъ, что добытыя, въ большинствѣ случаевъ, эмперическимъ путемъ данныя можно будетъ скоро привести въ извѣстный порядокъ и классифицировать.

VIII. Механотерапія.

а) Массажъ.

Если на современныхъ дикарей позволительно смотрѣть какъ на представителей доисторическаго періода, то приходится допустить, пишетъ Скорниченко-Амбодикъ, что на

зарѣ своего развитія человѣчество открыло полезныя свойства массажа. При утомленіи, продолжаетъ авторъ, дикарь ищетъ успокоенія въ массажѣ; гостю, утомленному дорогой, производится растираніе тѣла; при всевозможныхъ болѣзняхъ знахари примѣняютъ разминаніе, сопровождая его заклинаніями. Въ китайской литературѣ массажъ подробно описанъ за 2698 лѣтъ до Р. Х.: отдѣльные пріемы изображены на рисункахъ. Въ Индіи, массажъ примѣнялся также въ глубокой древности, о чемъ свидѣтельствуютъ сочиненія Чараки и Сушруты; и въ настоящее время, при ушибѣ или укушеніи, индусы втираютъ различныя мази, которыя иногда производятъ положительно чудесное дѣйствіе; основой дѣйствія такихъ мазей однако служитъ растираніе, а не та или другая составная ихъ часть. У грековъ и римлянъ, массажъ производился послѣ ваннъ, для сохраненія здоровья и при леченіи болѣзней. Лучшіе врачи древней Греціи и Рима назначали массажъ больнымъ; практиковался массажъ въ широкихъ размѣрахъ въ баняхъ въ Турціи и у насъ. Въ средніе вѣка, массажъ, вмѣстѣ съ другими полезными мѣрами, былъ забытъ, и лишь около 300 лѣтъ тому назадъ появились указанія на цѣлебныя его свойства; серьезное же вниманіе на вліяніе массажа на тѣло человѣка обратилъ впервые основатель шведской гимнастики Лингъ (1776) (Я н о в с к і й). Массажъ сталъ распространяться все болѣе и болѣе. Особенно сильно популяризировалъ его Метцгеръ въ Германіи. Благодаря трудамъ М е т ц г е р а, Е с т р а д е р а, Б е р г м а н а, массажъ былъ разработанъ и съ научной стороны; показанія къ его назначенію опредѣлены точно, и примѣненіе его стали производить по указаніямъ особыхъ спеціалистовъ.

Методъ, о которомъ мы пишемъ, распадается вообще на слѣдующіе четыре пріема: effleurage (поглаживаніе), friction (треніе), petrissage (разминаніе), tapotement (поколачиваніе).

Подъ этими французскими техническими терминами, не скрывается однако ничего таинственнаго, или особенно трудно исполнимаго (Löwenfeld *). Манипуляціи, которыя здѣсь имѣются въ виду, заключаются въ нѣжныхъ или сильныхъ поглаживаніяхъ ладонью, въ подниманіи, давленіи, щипаніи кожныхъ складокъ, въ оказываніи болѣе глубокаго давленія на мягкія части (кожу и мышцы), въ обхватываніи мускуловъ, приподыманіи ихъ отъ подлежащихъ частей и въ большей или меньшей силы давленія, въ разминаніи ихъ и въ поколачиваніи подлежащихъ леченію частей однимъ пальцемъ, всей рукой или инструментомъ (для поколачиванія употребляются и различные инструменты), наконецъ, въ пассивныхъ движеніяхъ суставовъ.

Весьма цѣлебный—для ряда хирургическихъ заболѣваній и болѣзней обмѣна веществъ—массажъ сталъ примѣняться въ помощь леченію неврастеніи. Krafft-Ebing замѣчаетъ, что онъ имѣлъ часто случай контролировать его дѣйствіе, и что самъ по себѣ массажъ никогда не оказывался достаточнымъ,—упрекъ, который можетъ быть сдѣланъ не только одному массажу, но и всѣмъ другимъ цѣлебнымъ процедурамъ; въ большинствѣ случаевъ, массажъ улучшалъ отдѣльные симптомы, но при томъ не всегда на долго; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, массажъ рѣшительно ухудшалъ состояніе, что однако иногда могло зависѣть отъ неумѣлаго выполненія леченія.

При состояніяхъ нервной слабости, примѣняется какъ мѣстный массажъ, т. е. ограничивающійся опредѣленной частью тѣла,—такъ и общій (Löwenfeld).

Мѣстное леченіе массажемъ съ успѣхомъ примѣняется при состояніяхъ слабости конечностей и спины, истерическихъ параличахъ, контрактурахъ и артралгіяхъ, при нѣ-

*) Löwenfeld—Massage.

которыхъ формахъ болей въ спинѣ, при атоніи кишечнаго тракта, нервной диспепсіи и при тяжести головы. Техника пріемовъ должна, разумѣется, быть приноровлена какъ къ мѣсту, подлежащему леченію, такъ и степени чувствительности паціента. По наблюденіямъ Löwenfeld'а, результаты не всегда рѣзко замѣтны, но все-же во многихъ случаяхъ довольно удовлетворительны. Мѣстный массажъ можно съ успѣхомъ соединять также съ примѣненіемъ другихъ лечебныхъ средствъ (ваннъ, особенно полуваннъ, электричества, втиранія боле-утоляющихъ мазей). Авторъ указываетъ еще на то обстоятельство, что возраженія, высказываемыя нѣкоторыми противъ массажа головы, совершенно неосновательны. Эта процедура, примѣненная самостоятельно, а также съ одновременнымъ употребленіемъ фарадическаго тока или мазей (въ особенности ментоловой), оказываетъ часто, при головной боли и упорномъ чувствѣ отяжелѣнія головы, положительно хорошія услуги.

Cautru доказываетъ, что массажъ живота можетъ служить регуляторомъ артеріальнаго давленія. При состояніи его повышенія, нѣжный, глубокій массажъ понижаетъ давленіе и оказываетъ мочегонное дѣйствіе, при пониженіи же поколачиваніе и возбуждающій поверхностный массажъ подымаютъ давленіе и приближаютъ его къ нормѣ.

Общій массажъ (Löwenfeld) заключается въ примѣненіи указанныхъ выше манипуляцій на всемъ тѣлѣ, за исключеніемъ головы. Этотъ пріемъ примѣняется въ настоящее время при неврастеніи и истеріи какъ самостоятельный лечебный методъ, такъ и въ соединеніи съ другими цѣлебными агентами, въ особенности, какъ звено такъ называемаго Mitchell-Playfair'овскаго леченія. Дѣйствія процедуры зависятъ отчасти отъ способа, силы и продолжительности ея, отчасти отъ индивидуальности больного. Въ соотвѣтствующихъ случаяхъ, ею достигается между прочимъ:

чувство общаго успокоенія и даже прекраснаго самочувствія, уменьшеніе существующихъ болей, улучшеніе аппетита, возбужденіе пищеварительной дѣятельности, увеличеніе объема и работоспособности мускулатуры.

Съ другой стороны однако, и именно при состояніяхъ возбужденія, наблюдали ухудшенія и въ особенности психіатры сообщали о неблагопріятныхъ наблюденіяхъ въ этомъ отношеніи.

Для выполненія общаго массажа, различными авторами давались спеціальныя указанія, которыя однако принесли мало пользы въ конкретномъ случаѣ, такъ какъ и при этой процедурѣ должно строго имѣть въ виду какъ индивидуальность больного, такъ и спеціальную цѣль, которой желательно достигнуть. У очень раздражительныхъ и истощенныхъ лицъ не слѣдуетъ прямо приступать къ массажу всего тѣла. Необходимо здѣсь, какъ бы подкрадываться къ общему массажу тѣмъ, что въ началѣ массируютъ лишь отдѣльныя части тѣла и постепенно переходятъ къ массажу всего тѣла.

Что касается терапевтическаго значенія общаго массажа, то этотъ пріемъ, какъ часть Mitchell-Playfair'овскаго леченія, оказываетъ, по свидѣтельству всѣхъ наблюдателей, примѣнявшихъ до настоящаго времени этотъ цѣлебный методъ, безъ сомнѣнія очень цѣнныя услуги. Напротивъ того, значеніе массажа, какъ самостоятельнаго лечебнаго метода, должно считаться довольно сомнительнымъ.

По имѣющимся даннымъ, общій массажъ является еще наиболѣе показаннымъ при состояніяхъ истощенія съ высокой степенью мускульной слабости, которыя допускаютъ активныя движенія лишь въ очень ограниченной мѣрѣ, а также при отсутствіи сильнаго возбужденія.

Нѣкоторые авторы хвалятъ массажъ при половой неврастеніи, такъ, напримѣръ, Kucher рекомендуетъ какъ общій

массажъ, такъ и мѣстный въ области половыхъ органовъ, для чего предлагаетъ свой методъ.

О хорошемъ вліяніи правильно примѣненнаго массажа при безсонницѣ неврастениковъ говоритъ, между прочимъ, Graham.

Frey пользуется при массажѣ сухими щетками,—съ начала мягкими, а затѣмъ болѣе твердыми. Онъ хвалитъ ихъ удобство, легкость примѣненія и простоту техники, при чемъ авторъ съ успѣхомъ примѣнялъ ихъ и при неврастеніи.

в) Вибраціонное леченіе.

Въ своей работѣ, подъ заглавіемъ „Обзоръ работъ по леченію дрожаніемъ“ изъ клиники В. М. Бехтерева, д-ръ Боришпольскій пишетъ между прочимъ слѣдующее:

Благотворное вліяніе дрожанія (вибраціи) на человѣческій организмъ, какъ оказывается, было извѣстно уже давно, и леченіе дрожаніемъ является далеко неновымъ въ терапіи человѣческихъ недуговъ. Такъ Schouppe (1892 г.) передаетъ, что еще въ началѣ 18-го столѣтія однимъ аббатомъ было придумано дрожащее кресло, похожее на то, которое употреблялось при Charcot въ Сальпетріерѣ. Кресло это, какъ передаетъ тотъ-же авторъ, въ то время очень восхвалялось. Astruc (1735 г.) считаетъ его однимъ изъ лучшихъ средствъ противъ цѣлаго ряда болѣзней, а Diderot посвящаетъ ему въ Encyclopedie цѣлую главу, полную похвалы; также хвалитъ это кресло и Voltaire (1744 г.) въ Lettre au comte d'Argental. Но затѣмъ въ теченіе 100-лѣтія съ лишнимъ этотъ лечебный методъ былъ забытъ и только въ 1877 г. онъ опять выступаетъ на сцену и почти одновременно въ Англіи, Франціи и Италіи. Въ этомъ году, какъ заявляетъ д-ръ Jennigs (1881 г.), и врачъ Mortimer-Granville въ Лондонѣ сталъ примѣнять мѣстное дрожаніе для ле-

ченія нѣкоторыхъ нервныхъ болѣзней, для чего имъ изобрѣтенъ былъ особый „clockwock“, „percuteur“, дѣйствіе котораго походило нѣкоторымъ образомъ на бой часовъ. По наблюденіямъ Mortimer-Granville'a леченіе дрожаніемъ весьма полезно при невралгіяхъ лица и особенно при мигрени, спинно и черепно-мозговой неврастеніи и хроническихъ запорахъ (атоніи кишекъ). По мнѣнію автора, дрожаніе дѣйствуетъ и успокоивающимъ и возбуждающимъ образомъ, почему онъ совѣтуетъ, при болѣзняхъ съ болѣе острыми и бурными проявленіями, заставить дѣйствовать „percuteur“ медленнѣе и слабѣе, а при болѣзняхъ съ симптомами угнетенія,—наоборотъ, заставить дѣйствовать его энергичнѣе и быстрѣе. Между прочимъ авторъ приводитъ весьма похвальные отзывы о дѣйствіи его percuteur'a такихъ авторитетовъ, какъ проф. Brown-Sequard'a, Ball'я, Gowers'a и докторовъ Jennigs'a и Ringer'a. Въ слѣдующемъ 1878 г. Vigouroux начинаетъ совершенно самостоятельно и независимо отъ Mortimer-Granville'я примѣнять дрожаніе съ лечебной цѣлью. Дрожаніе вызывалось колебаніями большого камертона Utz, поставленнаго на ящикѣ и приводимаго въ движеніе смычкомъ или электромагнитомъ: соотвѣтственно колебаніямъ камертона начипалось ритмическое дрожаніе ящика, на который помѣщалась рука или нога больного. Изъ своихъ многочисленныхъ наблюденій, Vigouroux сдѣлалъ выводъ, что дрожаніе, производимое камертономъ, имѣетъ совершенно такое-же физіологическое дѣйствіе какъ металлы, магнитъ и статическое электричество..

Въ 1888 г. Kellgreu съ большой похвалой отзывается о леченіи дрожаніями, производимыми руками въ видѣ толчковъ и массажа.

Въ 1892 г. Richard Neal и James Bays примѣняли перкуторъ въ 11 случаяхъ невралгіи и при неврастеніи

(производя 120 ударовъ въ секунду) и получили весьма успѣшные результаты.

Въ 1892 г. высказалъ свое мнѣніе о леченіи дрожаніемъ нѣкоторыхъ нервныхъ болѣзней и знаменитый проф. Charcot. Онъ съ похвалой отзывается о результатахъ, полученныхъ при леченіи paralysis agitans, примѣненіемъ особеннаго кресла, придуманнаго д-ромъ Hégu и напоминающаго своими колебаніями сотрясенія вагона желѣзной дороги.

Исходя изъ предположеній, высказанныхъ Mortimer—Granvill'емъ и Boudet de Paris, что при мѣстномъ примѣненіи дрожанія дѣйствіе его распространяется на очень большой сосѣдній районъ и что при приложеніи дрожащаго камертона къ головѣ черепъ вибрируетъ въ унисонъ съ камертономъ, и дрожаніе это передается самому мозгу,—Gilles de la Tourette устроилъ особый аппаратъ для головы, дающій 600 равномѣрныхъ колебаній въ минуту и приводимый въ дѣйствіе специальной динамомашиной. Аппаратъ этотъ представляетъ собою мѣдную каску съ раздѣльными пластинками, при помощи которыхъ колебанія передаются черепу, приходящему при этомъ въ колебательное состоянія. При дѣйствіи этого аппарата слышенъ постоянный шумъ, какъ-бы — жужжаніе, которому Charcot также приписываетъ извѣстное вліяніе на больныхъ. Здоровыми каска эта переносится очень хорошо; черезъ 7-8 минутъ чувствуется тяжесть во всемъ тѣлѣ и является наклоность ко сну. По наблюденіямъ Gilles de la Tourett'a вечерній сеансъ въ теченіе 10-ти минутъ вызываетъ особенно спокойной сонъ, а 8-10 сеансовъ—уничтожаютъ безсонницу, если нѣтъ органическаго пораженія мозга. Въ 2-хъ случаяхъ неврастеніи больные выздоровѣли отъ такого леченія, при чемъ сначала исчезли головокруженія и головныя боли. Особенно благотворнымъ оказалось вліяніе дрожанія у больного съ головными болями, болью въ

животѣ, спинѣ и поясницѣ, слабостью въ ногахъ, потерянной половой способностью (impotentia coeundi) и съ упорными безсонницами; послѣ 20 сеансовъ дрожанія больной излечился, между тѣмъ какъ другіе способы леченія, въ томъ числѣ и статическое электричество, остались безъ всякаго вліянія

Schouppe (1892 г.) также дѣлалъ наблюденія съ кресломъ Hégu и каской Gilles de la Tourett'a и считаетъ дрожаніе очень полезнымъ при всѣхъ черепно-мозговыхъ неврозахъ, сопровождающихся болями, и при безсонницѣ. Колебанія каски, по его наблюденіямъ, передаются черепу, вызывая пріятное дрожаніе его, и приблизительно черезъ минуту они распространяются на лицо, затылокъ, шею и часть грудной клѣтки. При этомъ авторъ указываетъ на то, что не слѣдуетъ продолжать дрожанія болѣе 20-30 минутъ въ одинъ сеансъ.

На основаніи своихъ собственныхъ наблюденій и наблюденій своихъ учениковъ, проф. Charcot приходитъ къ заключенію, что дрожаніе—прекрасно успокоивающее средство для нервной системы.

Enrico Morselli (1892 г.) говоритъ, что леченіе дрожаніемъ примѣняется въ Италіи уже съ 1877-78 г. и что еще въ 1882 г. онъ вмѣстѣ съ Buccola сдѣлалъ, по предложенію Maggiorani, рядъ наблюденій надъ дѣйствіемъ дрожанія у душевно-больныхъ. На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ приходитъ, между прочимъ, и къ тому выводу, что при безсонницѣ у душевно-больныхъ леченіе дрожаніемъ совершенно не дѣйствительно, при безсонницѣ же у неврастениковъ и истеричныхъ оно, напротивъ, весьма полезно.

Н. Ф. Чигаевъ въ трехъ статьяхъ, въ 1894, 1896, 1897 гг., изложилъ свои наблюденія надъ вліяніемъ дрожанія, вызваннаго ритмическими колебаніями камертоновъ на организмъ

здоровыхъ и больныхъ людей. Наблюденія эти произведены были въ 1894 г. въ клиникѣ проф. В. М. Бехтерева и по его предложенію. Въ наблюденіяхъ своихъ Чигаевъ пользовался вибраціоннымъ столомъ. Дрожаніе вызывалось при помощи камертоновъ, снабженныхъ электромагнитомъ и приводимыхъ въ дѣйствіе аккумуляторомъ. Число колебаній камертоновъ и дрожательныхъ движеній стола было отъ 192 до 256 въ секунду, а время каждаго сеанса продолжалось отъ 5 до 30 минутъ. При дѣйствіи аппарата слышенъ особый шумъ, которому авторъ, подобно Charcot и Schouppe, приписываетъ нѣкоторое вліяніе на нервную систему. Особенно благопріятные результаты дѣйствія дрожательной терапіи наблюдались при половой неврастеніи: проходили головныя боли, возобновлялись эрекціи, прекращались поллюціи безъ возбужденія, проходила также общая слабость и душевное состояніе дѣлалось болѣе покойнымъ. Вліяніе на половую сферу было довольно рѣзко, иногда даже приходилось временно прекращать леченіе вслѣдствіе нежелательнаго ея возбужденія. Весьма благопріятнымъ оказалось вліяніе дрожанія также въ случаѣ неврастеніи съ разными навязчивыми идеями, между тѣмъ какъ при ипохондріи оно вызывало ухудшеніе (возбужденіе, такъ что пришлось прекратить дрожаніе уже послѣ трехъ сеансовъ).

На основаніи своихъ наблюденій, Чигаевъ считаетъ позволительнымъ допустить, что во многихъ случаяхъ функціональныхъ разстройствъ, особенно при неврастеніи, а также въ случаяхъ мышечной слабости, вибраторная терапія можетъ принести существенную пользу больному даже тогда, когда другіе способы леченія оказываются мало дѣйствительными.

Кромѣ общихъ болѣзней, многіе авторы примѣняли дрожаніе при леченіи болѣзней носа, глотки и глазъ (при чемъ одни пользовались ручными способами, а другіе—спеціально

приспособленными аппаратами) и почти всѣ, за исключеніемъ лишь очень немногихъ, высказались въ пользу вибраторнаго массажа.

Въ заключеніе своего литературнаго очерка, Боришпольскій говоритъ, что, не смотря на нѣкоторыя противорѣчія, существующія между отдѣльными авторами, почти всѣ они согласны въ томъ, что дрожаніе имѣетъ благопріятное вліяніе на нѣкоторыя нервныя и душевныя болѣзни, при чемъ всѣми отмѣчено несомнѣнное появленіе наклонности ко сну и улучшеніе сна подъ вліяніемъ дрожанія.

Löwenfeld пишетъ, что вибраторный массажъ при леченіи неврастеніи, истеріи и сродныхъ съ ними болѣзней имѣетъ, по его мнѣнію, лишь значеніе средства, дѣйствующаго путемъ внушенія. Живыя и обыкновенно не непріятныя ощущенія, которыя вызываетъ вибрація, таковы, что при различныхъ мѣстныхъ разстройствахъ могутъ вызвать представленіе о цѣлебномъ дѣйствіи. Какъ физическій агентъ, вибраторный массажъ не можетъ замѣнить собою массажъ ручной.

Siegfried, примѣнявшій вибраторный массажъ при болѣзняхъ сердца, констатировалъ при помощи кривыхъ, что подъ вліяніемъ вибраціи наступаетъ замедленіе частоты пульса, но повышеніе артеріальнаго напряженія и по этому считаетъ подобный массажъ противопоказаннымъ при высокихъ степеняхъ артеріосклероза, аневризмахъ и другихъ случаяхъ, въ которыхъ внезапное повышеніе кровяного давленія должно быть избѣгаемо.

Schacht предпочитаетъ обще-распространенной машинной вибраторной терапіи ручное ея выполненіе: несмотря на то, что, при сотрясеніяхъ рукой, достигаемое число вибрацій менѣе значительно и лечащій скорѣе устаетъ, все-же его слѣдуетъ предпочитать, такъ какъ не требуется особаго приспособленія, и рука при работѣ можетъ осязать и нѣжнѣе

работать, чѣмъ машина. Показанія, которыя авторъ ставитъ для дрожательной терапіи, очень многочисленны; главнымъ образомъ онъ рекомендуетъ ее при функціональныхъ сердечныхъ болѣзняхъ.

c) Гимнастика.

Человѣкъ уже въ самой глубокой древности стремился, путемъ различныхъ физическихъ упражненій, развивать свои мышцы и силу, пишетъ Липскій въ своей статьѣ о гимнастикѣ. Гимнастическія занятія, съ указанною цѣлью, имѣли мѣсто еще у египтянъ, за 2000 л. до Р-Хр., у персовъ, высоко цѣнившихъ силу и ловкость при метаніи стрѣлъ и въ борьбѣ, красивую верховую ѣзду и быстроту собственнаго бѣга. Но особенно процвѣтала и получила правильную организацію гимнастика у грековъ. Народъ съ высокимъ эстетическимъ развитіемъ, увлекавшійся гармоніею формъ и пластическими искусствами, естественно долженъ былъ стремиться къ тому, чтобы и человѣческое тѣло и его движенія обладали пластическою красотой. „Однимъ изъ главныхъ моментовъ въ жизненномъ идеалѣ каждаго гражданина Греціи было здоровое, сильное, правильно сложенное, красивое тѣло, съ бодрымъ живымъ духомъ“ (Лесгафтъ). Платонъ называлъ хромымъ человѣка, тѣло и душа котораго были не въ одинаковой мѣрѣ развиты. Выдающіеся греческіе философы и ученые, сохранившіе до глубокой старости свѣжесть ума, какъ Софоклъ, Сократъ, Ликонъ,—по свидѣтельству историковъ, всегда настойчиво занимались гимнастикой, а Пиѳагоръ и Платонъ выступали даже на Олимпійскихъ играхъ. Результатомъ такого отношенія къ гимнастикѣ было то, что греки отличались отъ всѣхъ другихъ народовъ красотою формъ, свободнымъ видомъ, стройными движеніями, физическою силою.

Однимъ изъ сильныхъ поборниковъ гимнастики, читаемъ мы между прочимъ въ курсѣ общей терапіи Яновскаго, былъ Асклепіадъ, который училъ, что всякая болѣзнь есть ничто иное, какъ нарушеніе правильнаго распредѣленія атомовъ въ организмѣ и, вслѣдствіе этого, неправильное движеніе соковъ; исходя изъ этого положенія онъ и старался устранить эти ненормальности посредствомъ различныхъ тѣлодвиженій. Въ средніе вѣка гимнастика была совершенно заброшена. Съ конца 16-го столѣтія гимнастика,— или вѣрнѣе,—нѣкоторые только пріемы ея стали опять проникать въ общество, а съ открытіемъ Гарвеемъ кровообращенія (1619 г.), которое послужило основою для механическаго объясненія происходящихъ въ живомъ тѣлѣ процессовъ, на гимнастику обратили вниманіе и врачи. Въ концѣ 18-го вѣка Тиссо въ Лозаннѣ настойчиво рекомендовалъ различнаго рода игры, прогулки, греблю, катаніе верхомъ и т. д., какъ вѣрное врачебное средство для предотвращенія многихъ болѣзней. Особенное значеніе гимнастика получила съ тѣхъ поръ, какъ полной разработкой ея занялся основатель шведской гимнастики Лингъ.

Безспорно самую большую услугу (Липскій) гимнастикѣ педагогической оказалъ въ Россіи, въ послѣднее десятилѣтіе, профессоръ Лесгафтъ, подвергнувшій существующія гимнастическія системы критическому изученію и обратившій на нее вниманіе врачей и педагоговъ; подъ его вліяніемъ многіе русскіе врачи уже посвятили себя дѣлу гимнастики и ставятъ ея основы на научную почву.

Гимнастика можетъ оказаться полезной и при леченіи неврастеніи (Löwenfeld *) и слѣдовало бы въ видѣ цѣлебнаго средства назначать ее чаще, чѣмъ это до сихъ поръ дѣлалось. Однако примѣненіе послѣдней встрѣчаетъ въ

*) Gymnastik.

инертности и плохихъ привычкахъ паціентовъ часто значительное затрудненіе. Теоретически, среди образованной публики, вообще сознается польза отъ движеній, но до практическаго примѣненія движенія, какъ средства для поддержанія здоровія и какъ цѣлебнаго фактора, еще довольно далеко.

О примѣненіи движеній съ лечебной цѣлью можетъ быть рѣчь лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ больной не принужденъ бываетъ уже, по своему образу жизни и занятіямъ, производить физическія движенія, или же если онъ ихъ производитъ въ недостаточной степени.

Вліяніе тѣлесныхъ упражненій на нервную систему сложно и мѣняется въ зависимости отъ состоянія нервной системы и всего организма, а также отъ рода гимнастики.

Въ общемъ можно различать прямое и косвенное воздѣйствіе. Косвенно дѣйствуетъ движеніе на нервную систему путемъ хорошаго вліянія, которое оно оказываетъ на общее состояніе всего организма, укрѣпляя сердечную дѣятельность, регулируя распредѣленіе крови въ тѣлѣ, усиливая обмѣнъ веществъ, увеличивая отдѣленія и аппетитъ и повышая дѣятельность пищеварительнаго аппарата. Что уже эти косвенныя воздѣйствія во многихъ случаяхъ въ высокой степени полезны, едва-ли подлежитъ сомнѣнію. Изъ вліяній прямыхъ, Löwenfeld указываетъ прежде всего на то явленіе, которое онъ называетъ „уравниваніемъ состояній центральнаго возбужденія". У очень многихъ неврастениковъ и истеричныхъ обычныя занятія, внѣшнія обстоятельства и жизненныя привычки обусловливаютъ такое напряженіе мозга вслѣдствіе умственной и душевной дѣятельности, которое не находится въ правильномъ соотношеніи къ ежедневному количеству физической дѣятельности. Неизбѣжнымъ слѣдствіемъ является то, что въ сферѣ психическихъ центровъ постепенно развиваются повышенная воз-

будимость и состоянія возбужденія, которыя проявляются въ различныхъ разстройствахъ (недостаточномъ снѣ, состояніи психическаго безпокойства, повышенной возбудимости чувствъ, навязчивыхъ представленіяхъ и т. п.). Также возбужденія, исходящія изъ половой сферы, пріобрѣтаютъ, при повышенной возбудимости психическихъ центровъ, часто непомѣрно важное значеніе.

Тѣлесныя движенія, хорошо соразмѣренныя съ имѣющимся въ наличности состояніемъ силъ, ведутъ въ такихъ случаяхъ къ уравниванію степени возбудимости въ центральныхъ органахъ. Они дѣйствуютъ непосредственно успокоивающимъ образомъ на непомѣрно возбужденные психическіе центры, устраняя функціональнымъ путемъ вызванную гиперемію ихъ и задерживая черезмѣрное развитіе возбудительной дѣятельности въ сферѣ психическихъ центровъ большимъ использованіемъ нервныхъ силъ въ двигательныхъ отдѣлахъ нервной системы. Вмѣстѣ съ пониженіемъ степени возбудимости въ психическихъ центрахъ, одновременно наступаетъ, конечно, повышеніе работоспособности въ двигательныхъ центрахъ и путяхъ. Также и въ другомъ отношеніи психика, благодаря движеніямъ, испытываетъ благотворное вліяніе; воля укрѣпляется, вѣра въ самого себя поднимается и часто также отвлекается вниманіе отъ существующаго болѣзненнаго состоянія. Тѣлесныя упражненія являются такимъ образомъ немаловажнымъ факторомъ при психическомъ леченіи неврастеніи.

О вліяніи мышечныхъ упражненій, какъ факторѣ, могущемъ служить для укрѣпленія и развитія воли, пишетъ, между прочимъ, Lagrange. И безъ дальнѣйшихъ коментаріевъ, говоритъ онъ, вполнѣ понятно, что при всякомъ активномъ движеніи часть усилія выпадаетъ на долю двигательныхъ клѣтокъ, а, слѣдовательно, онѣ „упражняются“ пропорціонально энергіи мышечнаго акта. Сама-же двигательная клѣтка

приводится въ дѣйствіе импульсомъ психическаго характера—волей, природу которой мы, правда, не знаемъ, но свойство—а въ нѣкоторыхъ случаяхъ —и болѣзни которой намъ могутъ быть извѣстны. Такимъ образомъ, воля въ свою очередь напрягается во время мышечныхъ упражненій, и надо помнить, что она также способна къ тренировкѣ подъ вліяніемъ упражненія, какъ всѣ физическія и физіологическія особенности.

При нѣкоторыхъ психическихъ разстройствахъ, продолжаетъ авторъ, обнаруживающихся временнымъ ослабленіемъ воли, мышечное упражненіе можетъ оказать существенныя услуги, повышая энергію произвольныхъ импульсовъ. Нельзя было бы понять неоспоримо благодѣтельное вліяніе тѣлесныхъ упражненій на нѣкоторыхъ угнетенныхъ неврастениковъ, если не имѣть въ виду, что это леченіе оказываетъ на волю—такъ сказать—укрѣпляющее дѣйствіе, обнаруживающееся болѣе энергическою дѣятельностью не только двигательнаго аппарата, но и всѣхъ активныхъ душевныхъ движеній. Въ силу этого весьма замѣчательнаго воздѣйствія тѣлесныхъ упражненій на психику, всѣ педагоги считаютъ ихъ необходимымъ пособіемъ для нравственнаго воспитанія.

Изъ различныхъ видовъ гимнастики, которые мы должны имѣть въ виду при нервной слабости, заслуживаютъ особаго вниманія вольныя упражненія по методу Schreber'a (Löwenfeld). Они могутъ быть исполняемы и менѣе сильными индивидуумами и во многихъ случаяхъ представляютъ собой цѣлесообразную подготовку къ упражненіямъ, требующимъ больше физическихъ силъ. Schreber въ своей книгѣ „Лечебная комнатная гимнастика“, далъ цѣлый рядъ наставленій для комнатныхъ упражненій, преслѣдуя различныя цѣлебныя цѣли, изъ которыхъ большинство можетъ быть примѣняемо и при неврастеніи.

Къ Schreber'овской комнатной гимнастикѣ примыкаютъ прежде всего упражненія гирями, допускающія, благодаря различной тяжести гирь и продолжительности времени, назначаемаго на эти упражненія, вполнѣ соотвѣтствующую силамъ паціента дозировку. Дозировка можетъ быть достигнута также и при упражненіяхъ на Gärtner'овскомъ эргостатѣ, имѣющемъ однако тотъ недостатокъ, что принуждаетъ къ однообразнымъ движеніямъ лишь опредѣленныя мускульныя группы, вслѣдствіе чего мало можетъ быть рекомендованъ.

Различнаго рода комнатные гимнастическіе аппараты (для гребли, взбиранія на горы и т. п.) могутъ быть примѣняемы наряду съ упражненіями вольными и гирями; употребленіе однихъ лишь аппаратовъ не цѣлесообразно при нервной слабости.

Шведская или лечебная гимнастика Линга требуетъ участія врача или же „гимнаста“. Она въ общемъ не играетъ роли при состояніяхъ нервной слабости, и то, что нѣкоторыми авторами высказывалось въ пользу ея примѣненія у неврастениковъ, Löwenfeld считаетъ не убѣдительнымъ.

Такъ называемая нѣмецкая гимнастика, напротивъ того, заслуживаетъ, по его мнѣнію, полнаго одобренія при умѣренныхъ занятіяхъ и при стремленіи добиться не столько акробатическаго совершенства, сколько укрѣпленія мускулатуры; въ особенности у молодыхъ крѣпкихъ людей достигаются прекрасные результаты.

Также и Zander'овская машинная гимнастика въ медико-механическихъ институтахъ оказывается полезной для нѣкоторыхъ неврастениковъ.

Требуемое нервной системой и всѣмъ организмомъ количество мускульной дѣятельности могутъ дать и физическія упражненія, доставляющія удовольствіе (бѣганіе на конькахъ, охота, восхожденіе на горы, верховая ѣзда, гребля,

фехтованіе, велосипедная ѣзда), также нѣкоторыя работы (колка дровъ, садовыя работы) и наконецъ самое легкое и для каждаго самое доступное упражненіе — прогулка или маршировка. Подобныя виды упражненій имѣютъ еще то немаловажное преимущество, что они происходятъ на свѣжемъ воздухѣ. Кромѣ того, они доставляютъ еще и удовольствіе въ случаѣ удачнаго ихъ исполненія, что служитъ весьма важнымъ факторомъ для страдающихъ нервами. Насколько вѣрно то, что всѣ эти упражненія могутъ оказаться полезными лицамъ обладающимъ достаточными тѣлесными силами, настолько не подлежитъ сомнѣнію и то, что они окажутся вредными, если ими станутъ заниматься слабыя лица, или же сильныя, но съ чрезмѣрнымъ усердіемъ.

Кратковременное удовольствіе, связанное въ особенности со спортомъ, неблагоразумное честолюбіе сравняться съ другими, а также ошибочныя представленія о пользѣ тѣлесныхъ движеній, нерѣдко ведутъ къ тому, что больные переступаютъ границы, въ предѣлахъ которыхъ движеніе для нихъ еще полезно. По этому на врачѣ лежитъ обязанность въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ указанныя тѣлесныя упражненія могутъ быть рекомендованы, настаивать на осторожной, лишь постепенно увеличивающей силы тренировки и никакъ не допускать чрезмѣрнаго утомленія.

Подъ вліяніемъ какого-нибудь стимула, пишетъ Lagrange, напримѣръ, соревнованія, самолюбія или просто того „возбужденія“, которое часто наступаетъ во время энергическихъ упражненій, неврастеникъ легко можетъ перейти предѣлъ своихъ силъ; и явленія усталости, если и не обнаружатся въ этотъ самый моментъ, неминуемо скажутся на другой день слабостью, изнуреніемъ и подавленностью, такъ что авторъ считаетъ особенно непозволительнымъ разрѣшать неврастенику такія упражненія, при которыхъ дѣло

идетъ о первенствѣ въ силѣ и въ скорости по отношенію къ сопернику.

Не слѣдуетъ забывать и того (Löwenfeld), что различныя тѣлесныя упражненія имѣютъ, какъ цѣлебное средство, далеко неодинаковое значеніе для каждаго отдѣльнаго случая нервной слабости, и что нѣкоторые виды гимнастики, даже если и не злоупотреблять ими, могутъ вредно отразиться на отдѣльныхъ симптомахъ болѣзни.

Нужно считать правиломъ у неврастениковъ—постоянно мѣнять упражненія (Lagrange), единовременно заставляя дѣйствовать весьма ограниченное число мускуловъ, и чтобы каждая часть тѣла производила очень умѣренныя движенія, не повторяя слишкомъ часто каждое изъ нихъ. Чѣмъ субъектъ легче устаетъ, тѣмъ болѣе слѣдуетъ увеличивать серіи упражненій, уменьшая число движеній каждой изъ нихъ. Вмѣсто того, чтобы, напримѣръ, повторять 10 разъ сгибаніе предплечія, больной произведетъ его лишь 5 разъ, прибавивъ къ этому 5 сгибаній ноги, или какое-либо иное подходящее движеніе. Число мышечныхъ группъ тѣла достаточно велико, чтобы можно было замѣнить повтореніе другими движеніями. Въ общемъ слѣдуетъ производить не слишкомъ энергичныя, но крайне разнообразныя движенія, распространить эту работу по возможности на все тѣло, увеличивать дозу упражненій очень медленно и постепенно, насколько позволяютъ силы больного, никогда не переходить этотъ предѣлъ, но и не останавливаться ниже его и удерживаться на немъ въ теченіе очень долгаго времени, производя ежедневно, цѣлые мѣсяцы и даже годы, одно и то-же количество мускульной работы.

Показанія для отдѣльныхъ тѣлесныхъ упражненій, по мнѣнію Löwenfeld'a, могутъ быть формулированы слѣдующимъ образомъ:

При средней степени церебрастеніи (въ особенности у церебрастениковъ съ ипохондрическимъ настроеніемъ) могутъ быть примѣняемы всѣ виды гимнастики, причемъ родъ упражненій долженъ въ общемъ сообразоваться съ тѣлесными силами, внѣшними условіями и наклонностями паціента. При существованіи наклонности къ состояніямъ страха, слѣдуетъ только воздерживаться отъ такихъ тѣлесныхъ упражненій, которыя легко могутъ повести къ извѣстнымъ опасностямъ или возбуждать представленія о нихъ (верховая ѣзда, гребля). При сильныхъ степеняхъ церебрастеніи слѣдуетъ ограничивать тѣлесныя движенія небольшими прогулками, если только не является необходимость абсолютнаго покоя.

При міэластеніи, сопровождаемой ясно выраженной слабостью ногъ (спеціально при такъ называемой псевдо-атактической ея формѣ) должны быть избѣгаемы всякаго рода упражненія, требующія сравнительно большого напряженія. Почти исключительно умѣстны здѣсь умѣренныя прогулки и комнатная гимнастика по наставленіямъ Schreber'a; рахіалгическая форма міэластеніи (спинно-мозговое раздраженіе), безъ слабости въ ногахъ, не составляетъ препятствій для упражненій, требующихъ большей затраты силъ. Въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ Löwenfeld'омъ замѣчено, что болѣе продолжительныя прогулки, велосипедная ѣзда, восхожденіе на горы и т. п. дѣйствовали положительно благотворно.

Для лицъ, страдающихъ нервной сердечной слабостью, болѣе всего подходятъ такія упражненія, которыя допускаютъ нѣкоторую постепенность: прогулки и недалекія путешествія пѣшкомъ, Schreber'овская комнатная гимнастика, упражненія гирями, восхожденіе на горы, садовыя работы, а также Zander'овская машинная гимнастика. Не слѣдуетъ рекомендовать такихъ упражненій, которыя могутъ въ

извѣстныхъ условіяхъ вызвать возбужденіе (верховая ѣзда, гребля), а также и плаваніе. По отношенію къ нѣкоторымъ паціентамъ врачъ поступитъ правильно, если потребуетъ чтобы по крайней мѣрѣ въ началѣ прописанныя имъ упражненія дѣлались въ его присутствіи, чтобы онъ имѣлъ возможность провѣрить ихъ вліяніе на сердце и избавить паціента отъ страха передъ ихъ дѣйствіемъ.

При половой неврастеніи со склонностью къ частымъ поллюціямъ spermatorrhoe, какъ ѣзда верховая, такъ и велосипедная могутъ за собой повлечь неблагопріятныя послѣдствія, между тѣмъ какъ другія тѣлесныя упражненія (гимнастика комнатная и на воздухѣ, плаваніе, прогулки и т. д.) могутъ дѣйствовать благотворно. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ явленія половой слабости сопровождаются міэластенической слабостью ногъ, слѣдуетъ вообще избѣгать упражненій, требующихъ сравнительно большаго напряженія. Послѣднее относится и ко всѣмъ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ общее питаніе и состояніе силъ неудовлетворительны.

Также и при нервной диспепсіи, являющейся слѣдствіемъ умственнаго переутомленія, тѣлесныя упражненія допустимы лишь въ весьма скромныхъ размѣрахъ. Можно встрѣтить переутомленныхъ неврастениковъ, которые вслѣдствіе чрезмѣрнаго движенія не только не улучшили своего слабаго аппетита, но напротивъ лишились его окончательно.

Тамъ, гдѣ дѣло касается устраненія обычныхъ запоровъ, комнатная гимнастика (по Schreber'у) часто оказываетъ большія услуги; менѣе полезнымъ оказывается обыкновенное движеніе на чистомъ воздухѣ, на которое врачи и паціенты очень часто возлагаютъ большія надежды. Изъ требующихъ бо̀льшаго напряженія видовъ гимнастики, противъ запоровъ дѣйствуетъ особенно хорошо гимнастика, которую нѣмцы называютъ Turnen, верховая ѣзда, гребля

и плаваніе: конечно, этими упражненіями можно пользоваться лишь въ томъ случаѣ, если это позволяетъ состояніе здоровья паціента, во всемъ остальномъ.

Что касается времени, когда слѣдуетъ производить упражненія, то въ этомъ отношеніи можно въ общемъ сказать, что наиболѣе удобными являются утренніе часы — до завтрака. Конечно, возможно также заниматься гимнастикой и въ часы предобѣденные и передъ ужиномъ. Полезно бываетъ садиться за столъ не тотчасъ по окончаніи упражненій, а отдохнувъ предварительно съ 1/4 часа, чтобы дать возможность организму вполнѣ успокоиться. Иногда бываетъ полезно увеличить время отдыха и посовѣтовать паціенту даже прилечь на нѣсколько минутъ непосредственно передъ ѣдой, но не спать.

Прежде чѣмъ приступить къ гимнастикѣ, рекомендуется позаботиться объ опорожненіи мочевого пузыря и кишечника.

Какое бы мы ни выбрали время для гимнастическихъ занятій, полезно производить ихъ ежедневно въ одинъ и тотъ-же часъ, чѣмъ пріучается организмъ къ извѣстному порядку. Иногда приходится неврастенику совѣтовать заниматься врачебной гимнастикой болѣе одного раза въ день, напримѣръ, утромъ и вечеромъ.

Само собой понятно, что одежда упражняющагося больного должна быть такая, чтобъ не мѣшала ему въ движеніяхъ (Wichmann).

Указанія на леченіе неврастеніи физическими упражненіями мы находимъ еще въ работахъ Fache, Luraschi и др.

IX. Психическое леченіе.

Неврастенику, приступающему къ леченію, необходимо утѣшеніе, вѣра въ медицину и надежда на будущее. Поселить эти чувства въ больномъ можетъ только врачъ, а потому не безъ основанія утверждаетъ Gerhardt, что „неврастенію излечиваютъ не лекарства, а врачъ“.

Наряду съ назначеніемъ соотвѣтствующей тѣлесной и душевной діэтетики, неврастеникъ нуждается прежде всего въ психическомъ леченіи, такъ какъ психика играетъ весьма важную роль въ картинѣ нервной слабости; можно даже считать, что отдѣльные симптомы неврастеніи обязаны ей преимущественно своимъ происхожденіемъ.

Въ психическомъ отношеніи врачъ можетъ благотворно дѣйствовать разъясненіемъ больному его состоянія. Важность подобнаго разъясненія станетъ вполнѣ понятной, если мы вспомнимъ, что неврастеникъ очень часто считаетъ себя болѣе тяжело больнымъ, чѣмъ это есть на самомъ дѣлѣ и рисуетъ себѣ въ перспективѣ картины одну другой мрачнѣе. Объясняя дѣйствительное положеніе его болѣзни, т. е. что въ основѣ страданія лежитъ не какое-либо органическое пораженіе, а лишь функціональное измѣненіе нервной системы, мы тѣмъ самымъ вселяемъ въ неврастеника надежду и бодрость духа, а также заставляемъ его относиться болѣе спокойно къ обнаруживающимся, иногда, новымъ симптомамъ, о появленіи и безопасности которыхъ онъ долженъ быть предупрежденъ.

Для того, чтобы однако разъясненіе наше возымѣло должное дѣйствіе и дѣйствительно успокоило больного необходимо, чтобы разъясненію этому предшествовало возможно тщательное и полное изслѣдованіе паціента.

Только тогда больной убѣдится, что мы вполнѣ серьезно и добросовѣстно относимся ко всѣмъ его жалобамъ.

Помимо разъясненія самаго рода страданія, важно бываетъ также указать и на ту причину, которая послужила источникомъ его заболѣванія.

Разъясненія, даваемыя неврастенику врачемъ, пріобрѣтаютъ особую цѣнность и еще болѣе укрѣпляютъ довѣріе, если какое-либо изъ назначенныхъ лечебныхъ средствъ приноситъ паціенту хотя бы незначительное облегченіе.

Кромѣ разъясненій относительно болѣзненнаго состоянія, врачъ долженъ оказывать и извѣстное воспитательное воздѣйствіе на паціента. Слѣдуетъ съ убѣдительностью доказать больному, что не подобаетъ падать духомъ и отчаяваться въ собственныхъ силахъ, когда многіе болѣе тяжело больные продолжаютъ бороться со своимъ страданіемъ и окружающими ихъ невзгодами, нисколько не теряя энергіи и самообладанія. Нужно стараться укрѣпить волю больного, научить его не поддаваться болѣзненному состоянію и противиться своей чрезмѣрной боязливости. Приходится иногда указывать такому больному безъ всякихъ прикрасъ на всѣ отрицательныя стороны его малодушія и на тотъ вредъ, который онъ этимъ оказываетъ какъ самому себѣ, такъ и всѣмъ близкимъ окружающимъ его людямъ.

Дальнѣйшимъ психическимъ факторомъ можетъ также служить урегулированіе врачемъ всего образа жизни паціента, т. е. распредѣленіе дня, позволительныя развлеченія и т. п. Особенно оказывается это полезнымъ для лицъ, страдающихъ наслѣдственной неврастеніей, у которыхъ— въ высокой степени ослаблена воля. Ограничиваться однако одними лишь теоретическими указаніями — не всегда

бываетъ достаточно, и врачу нерѣдко приходится самому, или черезъ посредство заслуживающихъ довѣрія лицъ, стать какъ бы руководителемъ всего образа жизни паціента. Если при этомъ больному приходится дѣлать и не только одно для себя пріятное, то слѣдуетъ его научить не бояться средствъ, ведущихъ къ выздоровленію, а сознательно стремиться къ исцѣленію. Понятно, что съ людьми, по характеру очень впечатлительными, необходима, помимо настойчивости, значительная доля мягкости.

Не слѣдуетъ также забывать и о доставленіи больному радостныхъ минутъ, которыя имѣютъ столь благотворное дѣйствіе, въ особенности у тѣхъ паціентовъ, у которыхъ страданіе развилось на почвѣ огорченій и всякаго рода лишеній и заботъ. При выборѣ леченія слѣдуетъ до нѣкоторой степени сообразоваться со склонностями больного. Не рекомендуется безъ особо важныхъ причинъ лишать неврастеника того, что доставляетъ ему удовольствіе.

Придавая большое значеніе психическому леченію неврастеніи Benedikt пишетъ, что врачъ долженъ примѣнить моральное леченіе лишь послѣ того, какъ онъ вполнѣ проникнется психическимъ состояніемъ и характеромъ своего паціента; онъ долженъ быть при этомъ не только стратегомъ, но и тактикомъ.

Необходимыми качествами врача психо-терапевта, пишетъ Zbinden, должны быть: терпѣніе, доброта и настойчивость, со стороны же больного необходимо довѣріе и подчиненіе. Нельзя заставить больного лечиться противъ его воли: при подобномъ условіи леченіе окажется безрезультатнымъ. Неврастеникъ долженъ охотно подчиняться съ надеждой на выздоровленіе.

Путь воздѣйствія на психическую сферу неврастеника, о которомъ мы главнымъ образомъ только-что говорили, можетъ быть названъ путемъ „логическаго убѣжденія“,

такъ какъ результатомъ его является въ неврастеникѣ извѣстное убѣжденіе въ томъ, что даваемые ему совѣты принесутъ дѣйствительную пользу. Но независимо отъ этого. въ нѣкоторыхъ случаяхъ неврастеніи, мы можетъ ожидать пользу и отъ внушенія (въ бодрственномъ состояніи). Въ нашу психическую сферу, пишетъ проф. Бехтеревъ, могутъ входить разнородныя впечатлѣнія и вліянія помимо нашего сознанія и слѣдовательно помимо нашего „Я“. Они проникаютъ въ нашу психическую сферу уже не съ параднаго хода, а, если можно такъ выразиться, съ задняго крыльца, ведущаго непосредственно во внутренніе покои нашей души. Это и есть то, что мы называемъ внушеніе.

Такимъ образомъ, внушеніе сводится къ непосредственному прививанію тѣхъ или другихъ психическихъ состояній отъ одного лица къ другому,—прививанію, происходящему безъ участія воли воспринимающаго лица и нерѣдко даже безъ яснаго съ его стороны сознанія. Очевидно, что уже въ этомъ опредѣленіи содержится существенное отличіе внушенія, какъ способа психическаго воздѣйствія одного лица на другое, отъ убѣжденія, производимаго всегда не иначе, какъ при посредствѣ логическаго мышленія и съ участіемъ личнаго сознанія.

Такъ какъ, пишетъ проф. Бехтеревъ, въ статьѣ „О лечебномъ значеніи гипноза“, воспріятіе наше происходитъ черезъ спеціальные органы чувствъ, при посредствѣ мышечнаго чувства и общей чувствительности, то естественно, что и внушеніе можетъ быть производимо при посредствѣ различныхъ способовъ, доступныхъ чувственному воспріятію, какъ напр., путемъ слова, при посредствѣ производимыхъ передъ субъектомъ дѣйствій или движеній, при посредствѣ пассивныхъ движеній самаго лица подвергаемаго внушеніямъ и т. п.

Благодаря особому значенію слуха и зрѣнія въ развитіи нашей психической сферы, они служатъ обыкновенно главными посредниками внушенія, при чемъ наиболѣе выдающееся значеніе по своей силѣ, какъ и должно быть, получаетъ словесное внушеніе. Почти все наше воспитаніе основано на такомъ внушеніи. Точно также и взрослый человѣкъ весьма нерѣдко подвергается внушенію. Не подлежитъ по этому сомнѣнію, что внушеніе играетъ видную роль въ соціальной жизни народовъ. Распространеніе религіозныхъ ученій, многія изъ крупныхъ соціальныхъ событій, даже умственный прогрессъ народовъ, были бы немыслимы безъ внушенія. Сила примѣра, значеніе авторитетовъ, вліяніе моды, увлеченіе массы лицъ, идущихъ на вѣрную смерть съ помощью одного слова команды,—все это въ извѣстной мѣрѣ есть ни что иное, какъ различныя проявленія внушенія.

Огромное значеніе внушенія (Бехтеревъ) въ леченіи болѣзни также неоспоримо и, можно сказать, проявляется на каждомъ шагу. Такъ называемые наговорщики и знахари въ народѣ и невѣжественные шарлатаны въ болѣе интеллигентномъ классѣ населенія, не имѣющіе ничего общаго съ медициной, сознательно, или безсознательно пользуются также внушеніемъ, какъ средствомъ врачеванія недуговъ. Этимъ объясняются засвидѣтельствованные случаи необычайно цѣлебнаго дѣйствія хлѣбныхъ пилюль, гомеопатическихъ пріемовъ; практиковавшееся нѣкогда леченіе прикосновеніемъ такъ называемой чудотворной руки и нынѣ иногда практикуемое даже въ столицахъ, основано на томъ же внушеніи. Что сила внушенія въ бодрственномъ состояніи иногда достигаетъ такой степени, что подъ вліяніемъ его излечиваются, какъ по мановенію руки, тяжкія разстройства питанія, лихорадочныя процессы и даже органическія заболѣванія, въ видѣ, напр., бородавокъ, доказы-

ваетъ всѣмъ извѣстное дѣйствіе такъ называемыхъ симпатическихъ средствъ. Свидѣтельство лицъ. заслуживающихъ полнаго довѣрія, доказываетъ, что внушеніе производимое въ бодрственномъ состояніи, въ умѣлыхъ рукахъ можетъ оказываться полезнымъ, какъ дѣйствительно лечебное средство. Нужно только создать благопріятствующія такому внушенію условія, для того, чтобы оно могло возымѣть свое дѣйствіе.

Наиболѣе существеннымъ условіемъ со стороны самаго больного въ этомъ случаѣ является вѣра въ дѣйствіе симпатическаго средства или внушенія, приводящая къ ожиданію грядущаго исцѣленія. Безъ этой вѣры, непроизвольнымъ образомъ поддерживающей напряженіе вниманія въ смыслѣ предстоящаго исцѣленія отъ недуга, немыслимо никакое психическое леченіе или леченіе внушеніемъ.

Изъ сказаннаго ясно, что со стороны лица претендующаго на психическое леченіе (Бехтеревъ) или леченіе внушеніемъ въ бодрственномъ состояніи, необходимо такъ или иначе вселить безусловную вѣру въ силу своего внушенія или предлагаемаго симпатическаго средства, что въ сушности все равно. Но вотъ въ этомъ-то обстоятельствѣ и кроется причина того, что лечить внушеніемъ въ бодрственномъ состояніи при обыкновенныхъ условіяхъ, не прибѣгая къ пріемамъ, которые клеймитъ общественная совѣсть, можетъ далеко не всякій, въ силу чего этотъ методъ леченія и не пользуется ни достаточной симпатіей, ни особеннымъ довѣріемъ со стороны врачебнаго сословія. Тѣмъ не менѣе не должно забывать, что всѣ вообще врачи, хотя бы и невольнымъ образомъ, весьма нерѣдко примѣняютъ у кровати своихъ больныхъ, рядомъ съ другими лечебными мѣропріятіями, и психическое леченіе или психотерапію, сводящуюся главнымъ образомъ на дѣйствіе внушенія въ бодрственномъ состояніи. Въ виду этого, проф.

Бехтеревъ считаетъ не лишнимъ указать въ общихъ чертахъ на тѣ условія, которыя наиболѣе благопріятствуютъ дѣйствію такого внушенія.

Вѣра, лежащая въ основѣ дѣйствія всякаго внушенія, не уживается съ разсужденіемъ, а потому лица, обладающія меньшимъ развитіемъ или такъ называемыя непосредственныя натуры, ничуть не исключающія, впрочемъ, существованія выдающихся способностей въ другихъ отношеніяхъ, вообще относительно легче поддаются внушеніямъ, нежели лица, обладающія большей склонностью къ разсужденіямъ. Въ силу того-же обстоятельства необразованныя лица въ общемъ подвергаются легче и скорѣе внушеніямъ, нежели интеллигентный классъ населенія, лица-же умственно слабыя и дѣти, отличающіяся вообще большимъ легковѣріемъ, въ то же время обладаютъ и наибольшей внушаемостью.

Наконецъ, и авторитетность внушающаго лица играетъ всегда весьма видную роль въ дѣлѣ осуществленія внушеній. Для того, чтобы внушеніе возымѣло свою силу, необходимо, чтобы внушающій пользовался со стороны внушаемаго возможно полнымъ довѣріемъ, а это довѣріе, безъ сомнѣнія, достигается легче всего при тѣхъ условіяхъ, которыя и создаютъ авторитетность внушающаго въ глазахъ внушаемаго. По этому все то, что способствуетъ поддержанію довѣрія со стороны лица, подвергающагося внушенію, къ силѣ ума, знаніямъ и учености внушающаго, существенно помогаетъ дѣйствію внушенія. Вотъ почему ловкій гипнотизеръ, окружающій свои дѣйствія особенною таинственностью, иногда пользуется при внушеніи значительно большимъ успѣхомъ, нежели мало-опытный въ этомъ дѣлѣ врачъ, дѣйствующій болѣе прямодушно.

Ventra (Бехтеревъ), изучавшій въ недавнее время значеніе внушенія въ бодрственномъ состояніи, употреблялъ

для поддержанія силы своихъ внушеній нѣсколько несложныхъ инструментовъ. Въ его рукахъ были: желѣзная дуга, изображавшая собой магнитъ, не дѣйствовавшая электрическая машина, двояковыпуклая чечевица и игорныя карты, слѣдовательно, цѣлый рядъ предметовъ, долженствовавшихъ дѣйствовать опредѣленнымъ образомъ на воображеніе лицъ, подвергавшихся внушеніямъ. Оказывается, что при изслѣдованіяхъ надъ значительнымъ числомъ лицъ, большею частью мужчинъ, этому автору, въ большинствѣ случаевъ, удавалось внушать различныя ощущенія (осязательныя, мышечныя и зрительныя) въ совершенно бодрственномъ состояніи. Точно также авторъ производилъ съ успѣхомъ и лечебныя внушенія въ бодрственномъ состояніи, подготовляя предварительно больныхъ, для поддержанія въ ихъ глазахъ своего авторитета. Ему случалось излѣчивать такимъ образомъ невралгіи, нервную рвоту, приступы грудной жабы у истеричныхъ и у неврастениковъ.

Если принять вмѣстѣ съ тѣмъ въ соображеніе, что въ литературѣ извѣстны случаи, гдѣ внушеніе въ бодрственномъ состояніи, облегчало теченіе лихорадочныхъ инфекціонныхъ болѣзней, напр. маляріи, пнеймоніи, бугорчатки и пр., то мы, очевидно, должны прійдти къ выводу, говоритъ проф. Бехтеревъ, что внушеніе, производимое въ бодрственномъ состояніи при умѣломъ пользованіи, составляетъ весьма дѣйствительное лечебное средство, которое врачъ никогда не долженъ упускать изъ виду въ своей практикѣ.

Внушенія въ бодрственномъ состояніи могутъ быть иногда съ успѣхомъ примѣняемы въ болѣе легкихъ случаяхъ неврастеніи главнымъ образомъ съ цѣлью устраненія навязчивыхъ идей и фобій. Достаточнымъ иногда оказывается категорическое заявленіе врача о томъ, что съ настоящаго времени больной освободится отъ своихъ навязчивыхъ идей, что онъ уже не будетъ страшиться переходить одинъ черезъ

площадь, бояться замкнутыхъ, тѣсныхъ помѣщеній, или многолюдныхъ собраній и т. п.—и, дѣйствительно, неврастеникъ, находясь въ одномъ изъ подобныхъ положеній, перестаетъ испытывать сопутствующія этому непріятныя ощущенія или же чувствуетъ себя свободнымъ отъ навязчивыхъ идей.

Löwenfeld передаетъ, что путемъ энергичнаго увѣренія ему неоднократно удавалось устранить у неврастениковъ фобіи; такъ, напримѣръ, нѣкоторые больные, боявшіеся уже долгое время одни выходить изъ дому, послѣ соотвѣтствующихъ увѣреній, что они могутъ спокойно ходить одни, куда бы имъ ни захотѣлось, и что при этомъ съ ними ничего непріятнаго не случится, дѣйствительно стали безъ всякаго страха самостоятельно выходить.

Полезно бываетъ къ словесному внушенію присоединять также и назначеніе какого-либо лекарственнаго средства, пользующагося въ глазахъ паціента особеннымъ довѣріемъ (скрытое внушеніе) (Schrenck-Notzing). Точно также и физическіе методы леченія могутъ намъ въ этомъ отношеніи сослужить службу, иногда даже болѣе дѣйствительную, нежели медикаменты. Понятно, что возможно и назначеніе такихъ средствъ какъ мази, втиранія и т. п.

Какимъ бы путемъ мы ни старались достичь успѣха отъ леченія внушеніемъ на яву, слѣдуетъ примѣнять его лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя разсчитывать получить облегченіе отъ другихъ способовъ леченія, или же, если эти послѣдніе могутъ по той или иной причинѣ оказаться для больного вредными.

Желая воздѣйствовать на больного путемъ внушенія на яву, рекомендуется во всякомъ случаѣ предварительно запастись нѣкоторой долей увѣренности, что внушеніе окажетъ желанное дѣйствіе, въ противномъ случаѣ больной, видя, что категорическое заявленіе врача не подтверждается на

дѣлѣ, теряетъ вѣру въ него, чѣмъ создаются крайне неблагопріятныя условія для всего дальнѣйшаго леченія.

Опытъ показываетъ, что вообще внушеніе лучше всего удается въ особомъ состояніи сознанія, которое называется гипнозомъ.

Явленія гипнотическаго состоянія были извѣстны—по крайней мѣрѣ отчасти—съ самыхъ древнѣйшихъ временъ, а между тѣмъ строго научная разработка и обработка—если оставить въ сторонѣ нѣсколько совершенно одиночныхъ и къ тому-же совершенно неудачныхъ попытокъ—досталась имъ въ удѣлъ лишь въ послѣднія десятилѣтія (Obersteiner).

Главнѣйшій апостолъ гипнотизма, пишетъ проф. Obersteiner,—д-ръ Anton Messmer и, можетъ быть, еще болѣе его смѣтливые ученики, съумѣли къ концу 18 вѣка настолько хорошо утилизировать „животный магнетизмъ" или „месмеризмъ" не въ научномъ, но въ матеріальномъ отношеніи, что, наконецъ, возбудили всеобщее недовѣріе и пренебреженіе ко всему дѣлу. Съ какою силою удалось имъ вкоренить подобное отношеніе къ вопросу въ умахъ людей, можно видѣть изъ того факта, что, цѣлыхъ 70 лѣтъ спустя, руководившемуся самыми серьезными стремленіями James Braid'у, не удалось привлечь надлежащее вниманіе къ своимъ обстоятельнымъ и убѣдительнымъ изслѣдованіямъ и, тѣмъ самымъ, добиться соотвѣтственной оцѣнки послѣднихъ. Однако въ концѣ концовъ, настойчивость, съ которой вопросъ былъ поднимаемъ и разсматриваемъ, не могла не привести мало-по-малу къ болѣе вѣрнымъ и правильнымъ сужденіямъ и взглядамъ въ образованномъ мірѣ: стали подвергать гипнотизмъ точному научному изслѣдованію во всѣхъ государствахъ, и при томъ все съ болѣе возрастающимъ интересомъ и усердіемъ. За послѣднее время число научныхъ трудовъ по этому предмету возросло уже до огромныхъ размѣровъ.

Какъ извѣстно, началомъ новой эры для гипнотизма можно считать приблизительно 1880 г.

Въ началѣ, при изслѣдованіи явленій гипнотизма, врачами руководилъ преимущественно физіологическій интересъ; но впослѣдствіи этотъ вопросъ получилъ къ тому-же и практическое значеніе и главнымъ образомъ потому, что начались попытки терапевтическаго примѣненія гипнотизма.

Что касается пониманія сущности гипноза, то оно со стороны гипнологовъ представляется далеко не одинаковымъ. Господствующими ученіями въ этомъ отношеніи, пишетъ проф. Бехтеревъ, являются ученія двухъ французскихъ школъ: Парижской (Charcot) и Нансійской (Bernheim'a). По ученію первой школы, гипнозъ есть ни что иное, какъ своего рода неврозъ или невропатическое состояніе, выражающееся въ трехъ характеристичныхъ состояніяхъ, именуемыхъ: летаргіей, каталепсіей и сомнамбулизмомъ, при чемъ гипнозъ будто-бы вызывается только у лицъ, расположенныхъ къ нервнымъ разстройствамъ, и самое вызываніе гипноза, какъ состоянія ненормальнаго, болѣзненнаго, будто-бы вредно. По ученію второй школы, напротивъ того, гипнозъ есть состояніе, ничего болѣзненнаго не представляющее и обусловливаемое внушеніемъ; различаемыя Charcot и его учениками три его степени ничего характернаго не представляютъ, и самый гипнозъ, хотя и въ неодинаковой степени, можетъ быть вызванъ у огромнаго большинства совершенно здоровыхъ лицъ, безъ особаго для нихъ вреда; при этомъ, благодаря особой воспріимчивости къ внушенію, онъ можетъ быть весьма дѣйствительнымъ средствомъ къ излеченію многихъ болѣзненныхъ разстройствъ. Оба эти ученія до сихъ поръ еще поддерживаются ихъ представителями и полнаго согласія въ этихъ коренныхъ воззрѣніяхъ на гипнозъ еще не имѣется.

На основаніи личныхъ наблюденій, проф. Бехтеревъ больше склоняется въ пользу взгляда на гипнозъ, какъ на вызываемое особыми пріемами видоизмѣненіе обыкновеннаго или естественнаго сна. Безспорно, продолжаетъ проф. Бехтеревъ, что гипнозъ можетъ быть вызываемъ у большинства людей и, между прочимъ, у совершенно здоровыхъ лицъ, у которыхъ онъ вызывается иногда даже гораздо легче, чѣмъ у невропатовъ, вслѣдствіе чего уже съ этой стороны онъ не заслуживаетъ названія болѣзни. Мы знаемъ далѣе, что гипнозъ вызывается и у животныхъ и даже у такихъ, у которыхъ неврозы еще не были открыты. Наконецъ, многія важнѣйшія особенности гипноза мы встрѣчаемъ и въ совершенно нормальномъ или физіологическомъ снѣ.

Мнѣніе Bernheim'а, что гипнозъ есть ничто иное какъ *внушенный* сонъ, проф. Бехтеревъ не берется поддерживать, такъ какъ, пишетъ онъ, изъ опытовъ надъ животными мы убѣждаемся, что появленіе гипноза можетъ происходить и безъ какихъ бы то ни было внушеній, иногда лишь исключительно подъ вліяніемъ особаго, необычнаго для животнаго, положенія, какъ напр. у рака или лягушки. Правда, у человѣка при обычныхъ способахъ гипнотизаціи, весьма трудно вполнѣ исключить внушеніе. Съ другой стороны, не подлежитъ сомнѣнію, что одно внушеніе можетъ весьма быстро приводить къ развитію гипноза; тѣмъ не менѣе мы не видимъ достаточныхъ основаній въ виду однихъ этихъ фактовъ отрицать прямое гипнотизирующее значеніе однообразныхъ внѣшнихъ раздраженій. Послѣднее подтверждается наблюденіями, а также испытываемымъ надъ нами самими усыпляющаго вліянія журчащаго ручья, шума мельничнаго колеса и падающей воды безъ всякихъ внушеній о снѣ.

Безъ сомнѣнія не правы и тѣ, которые причину вызыванія гипноза сводятъ, главнымъ образомъ, на вліяніе физическихъ агентовъ, дѣйствующихъ чрезъ периферическія нервныя окончанія, или даже, какъ думаютъ нѣкоторые, прямо на мозгъ; въ самомъ дѣлѣ, нельзя отрицать, что у человѣка внушеніе является однимъ изъ могущественныхъ агентовъ, быстро приводящихъ къ усыпленію; съ другой стороны, во всѣхъ другихъ употребительныхъ способахъ гипнотизаціи, вліяніе внушенія почти не можетъ быть устранено вполнѣ.

По мнѣнію проф. Бехтерева слѣдуетъ придерживаться взгляда, что гипнозъ можетъ быть вызываемъ различными способами, а именно: какъ физическими агентами, такъ и психическимъ путемъ съ помощью внушенія, при чемъ, для вызыванія гипноза съ лечебной цѣлью, послѣдній способъ, какъ по быстротѣ своего дѣйствія, такъ и по удобству его примѣненія, въ настоящее время безусловно заслуживаетъ предпочтеніе передъ всѣми остальными. Впрочемъ, на практикѣ, весьма удобно совмѣщается и тотъ, и другой способъ, если, напр., усыпляемое лицо мы заставляемъ одновременно фиксировать тотъ или другой предметъ (хотя бы два пальца, поставленные передъ глазами усыпляемаго, или же кончикъ врачебнаго молотка), и въ то-же время производимъ соотвѣтствующія внушенія.

Что касается вопроса о томъ, насколько гипнозъ можетъ оказаться вреднымъ при примѣненіи его съ лечебной цѣлью, то проф. Бехтеревъ пишетъ, что при осторожномъ, умѣломъ пользованіи гипнотизмомъ со стороны врача, свѣдущаго въ этомъ отношеніи, не можетъ быть никакихъ опасеній за послѣдствія леченія гипнозомъ. Одно вѣрно, что лечить гипнозомъ можетъ лишь врачъ, знакомый съ проявленіями гипноза, и при томъ по преимуществу невро-

патологъ, такъ какъ ему должны быть хорошо извѣстны какъ тѣ нервныя разстройства, которыя нуждаются въ леченіи гипнозомъ, такъ и тѣ успѣхи, на которые можно разсчитывать при этомъ способѣ леченія, не говоря уже о томъ, что только врачъ невропатологъ можетъ противодѣйствовать съ успѣхомъ случайностямъ, могущимъ встрѣтиться при гипнотизаціи и оказать свое содѣйствіе къ ихъ устраненію.

Въ настоящее время чаще всего приходится пользоваться врачу гипнозомъ съ цѣлью производства тѣхъ или другихъ внушеній, и въ этомъ отношеніи гипнозу предстоитъ повидимому наиболѣе широкое примѣненіе.

Теперь является вопросъ: почему, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, гораздо успѣшнѣе дѣйствуетъ внушеніе, если оно производится въ гипнозѣ, чѣмъ въ бодрственномъ состояніи. Зависитъ это, говоритъ проф. Бехтеревъ, съ одной стороны, отъ того обстоятельства, что въ гипнозѣ разсудокъ и воля заснувшаго почти бездѣйствуютъ, съ другой стороны, оттого, что внушеніе въ этомъ случаѣ принимаетъ немедленно характеръ болѣе яркаго чувственнаго образа, уподобляясь сновидѣнію во время естественнаго сна, и, наконецъ, оттого, что гипнотизаторъ уже въ силу достигнутаго усыпленія подчиняетъ себѣ волю заснувшаго, пользуясь съ его стороны неограниченнымъ довѣріемъ.

Такъ какъ, продолжаетъ авторъ, при этомъ и внѣшнія впечатлѣнія безъ особаго внушенія не могутъ быть воспринимаемы заснувшимъ, то, очевидно, что послѣдній въ буквальномъ смыслѣ слова становится машиной, заводные ключи отъ которой находятся въ рукахъ гипнотизатора. Само собою ясно, что такія условія являются болѣе благопріятными для дѣйствительности внушенія, которое, не встрѣчая никакого противодѣйствія (или только относительно слабое) со стороны личности заснувшаго, безпре-

пятственно овладѣваетъ его сознаніемъ и вызываетъ всѣ необходимыя послѣдствія, т. е. соотвѣтствующія характеру внушенія дѣйствія или поступки, мнимое или ложное ощущеніе, то или другое нарушеніе памяти, перемѣну въ настроеніи духа, эмоцію или аффектъ, сосудодвигательное вліяніе и пр. Въ этомъ случаѣ дѣйствіе внушенія можетъ быть уподоблено искусственно вызванному въ мозгу заснувшаго сновидѣнію, картины котораго, какъ извѣстно, незнаютъ никакихъ преградъ и въ то же время кажутся спящему вполнѣ реальными.

Но если выполненіе внушенія разсчитано на послѣ—гипнотическій періодъ бодрствованія, то,-по пробужденіи заснувшаго, внушенная идея, казалось-бы, должна встрѣтить во всеоружіи его волю и, будучи освѣщена критикой разсудка, должна бы, казалось, быть отвергнута, какъ нѣчто чуждое и постороннее для него. Ни чуть не бывало!. Опытъ показалъ, что импульсъ, данный внушенной въ гипнозѣ идеей, по пробужденіи заснувшаго, таится въ наиболѣе скрытыхъ тайникахъ его души, въ такихъ глубинахъ психической сферы, которыя совершенно независимы отъ воли и не участвуютъ въ дѣятельности разсудка, а потому этотъ импульсъ и въ бодрственномъ состояніи можетъ совершенно безпрепятственно осуществлять свое дѣйствіе. Сообразно характеру внушенія данный импульсъ, такимъ образомъ, возбуждаетъ мнимое ощущеніе или галлюцинацію, ложное или мнимое воспоминаніе (такъ наз. ретроактивную галлюцинацію), подавляетъ существующія уже мнимыя или дѣйствительныя ощущенія, будь это боли, галлюцинаціи или другія субъективныя явленія, устраняетъ внѣшнее воспріятіе (такъ наз. отрицательныя галлюцинаціи), побуждаетъ къ осуществленію того или иного дѣйствія, временно измѣняетъ личность субъекта или „я“, нарушаетъ ходъ его идей, вызываетъ то или иное настроеніе духа и аффекты,

какъ смѣхъ, плачъ и т. п., или, наконецъ, возбуждаетъ реакцію въ сосудодвигателяхъ и въ тѣхъ или иныхъ растительныхъ процессахъ, которые, хотя и совершенно независимы отъ нашей воли, но, какъ мы знаемъ, весьма легко возбуждаются подъ вліяніемъ непроизвольныхъ психическихъ импульсовъ въ бодрственномъ состояніи и подъ вліяніемъ соотвѣтствующихъ сновидѣній во время нормальнаго сна.

Спрашивается теперь (Бехтеревъ), на что можно разсчитывать при леченіи гипнозомъ, т. е. въ какой степени и въ какихъ случаяхъ можно ожидать благопріятныхъ результатовъ отъ этого леченія, и какія должны быть показанія къ его примѣненію.

Вообще, что касается вліянія гипнотическихъ внушеній на тѣ или другія функціи организма, то, повидимому, въ этомъ отношеніи огромную роль играетъ не только степень вызываемаго гипноза у различныхъ лицъ, но и индивидуальность лица, подвергаемаго гипнозу. У двухъ гипнотиковъ, находящихся въ одной и той же степени гипнотическаго сна, внушенія могутъ оказываться далеко не одинаковыми по силѣ своего дѣйствія и по вліянію на различныя отправленія организма. Къ сожалѣнію, наши свѣдѣнія въ этомъ отношеніи не простираются такъ далеко, чтобы можно было впередъ предвидѣть степень внушаемости, и это въ значительной степени умаляетъ значеніе гипноза, какъ лечебнаго пріема. Но, безотносительно говоря, степень вліянія гипнотическихъ внушеній весьма разнообразна.

Руководствуясь своими личными наблюденіями, проф. Бехтеревъ говоритъ между прочимъ, что гипнотическія внушенія оказываютъ рѣшительное вліяніе на весьма многія нервныя разстройства, не обусловленныя органическими пораженіями, какъ напр., конвульсивные истерическіе и иные припадки, истерическіе параличи и контрактуры, заиканіе,

особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда оно является симптомомъ истеріи или неврастеніи, разнообразныя разстройства чувствительности, какъ то: гиперестезіи, парестезіи и невралгіи, затѣмъ, на столь часто наблюдаемую при неврозахъ общую нервную раздражительность, головныя боли, головокруженія, нервныя разстройства сердцебіенія и дыханія, нервную отдышку, рвоту, ночное недержаніе мочи, припадки сомнамбулизма, недостатокъ и отсутствіе аппетита, безсонницу, разстройства въ отдѣленіи мѣсячныхъ и т. д.

Что касается пользы гипнотическаго внушенія спеціально при неврастеніи, то вопросъ этотъ въ послѣднее время обсуждался довольно часто.

Въ общемъ можно сказать, что неврастеники трудно поддаются гипнозу, такъ какъ они лишь рѣдко находятся въ спокойномъ душевномъ состояніи и рѣдко бываютъ способны фиксировать свое вниманіе (Krafft-Ebing). Binswanger считаетъ, что неврастеники весьма трудно поддаются гипнозу и заявляетъ, что ему лишь въ единичныхъ случаяхъ удавалось вызывать гипнотическій сонъ съ повышенной воспріимчивостью къ лечебнымъ внушеніямъ. Требуется обыкновенно цѣлый рядъ сеансовъ, пишетъ Wichmann, прежде чѣмъ у неврастеника наступитъ стадія сна, необходимая для производства внушенія. Труднѣе всего гипнотизировать такихъ больныхъ, которые сами вообразили и внушили себѣ, что было бы для нихъ позоромъ или признакомъ слабости духа и характера, если бы они могли быть загипнотизированы и которые, вслѣдствіе этого, не хотятъ и не могутъ поддаться гипнозу. Изъ 37 больныхъ Wetterstrand'у не удалось загипнотизировать 9 паціентовъ, а у 4-хъ получилось лишь состояніе легкой дремоты.

Вообще съ цѣлью полученія болѣе глубокихъ степеней гипноза, нѣкоторыми изъ французскихъ авторовъ, изучавшихъ истерію, горячо рекомендовалось постепенное пріу-

ченіе къ гипнотизму и къ вызыванію все болѣе и болѣе глубокихъ его степеней. Безъ сомнѣнія, говоритъ проф. Бехтеревъ, подобное пріученіе имѣетъ значеніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но далеко не всегда приводитъ къ желаемымъ результатамъ. Въ виду этого, весьма желательно было бы отысканіе такихъ средствъ, которыя наиболѣе вѣрно содѣйствовали бы вызыванію болѣе глубокихъ степеней гипноза, когда наши внушенія оказываются наиболѣе дѣйствительными. Въ этомъ отношеніи предварительные пріемы гипнотическихъ средствъ (хлорала, сульфонала и пр.), какъ проф. Бехтеревъ убѣдился подобно Bernheim'у, существенно содѣйствуютъ вызыванію и отчасти усиленію гипноза; но и въ этомъ случаѣ такихъ лицъ, у которыхъ вызываются лишь слабыя степени гипнотическаго сна, далеко не всегда удается привести въ болѣе глубокія состоянія гипноза. Wetterstrand рекомендуетъ хлороформъ, который нерѣдко облегчаетъ задачу. Все же далѣе глубокаго engourdissement дѣло доходитъ рѣдко. Для болѣе легкихъ случаевъ онъ достаточенъ.

Относительно пользы, получаемой отъ гипнотическаго внушенія у неврастениковъ, то, кажется мнѣ, можно согласиться съ мнѣніемъ Binswanger'a, который полагаетъ, что гипнозъ можетъ повести къ излеченію отдѣльныхъ симптомовъ нервной слабости, но не всего страданія. Онъ не думаетъ, чтобы путемъ гипнотическаго внушенія могли бы быть устранены болѣзненныя измѣненія, захватывающія всю нервную систему; но возможно устранить отдѣльныя проявленія болѣзни, вытекающія изъ этихъ измѣненій.

Противъ какихъ же неврастеническихъ проявленій слѣдуетъ рекомендовать гипнозъ?

Прежде всего сюда относятся болѣзненныя представленія неврастеника, среди которыхъ необходимо назвать, во-первыхъ, такъ называемыя навязчивыя идеи. Наилучшіе резуль-

таты, пишетъ проф. Бехтеревъ, при всѣхъ вообще психическихъ разстройствахъ, гипнозъ оказываетъ повидимому при навязчивыхъ идеяхъ, и автору уже не разъ приходилось заявлять въ литературѣ излеченіе съ помощью гипноза упорныхъ случаевъ съ навязчивыми идеями. Къ сожалѣнію и здѣсь въ отдѣльныхъ случаяхъ успѣхъ леченія гипнозомъ въ значительной степени зависитъ отъ многихъ индивидуальныхъ условій и степени внушаемости даннаго больного.

Затѣмъ слѣдуютъ различные виды патологическаго страха (Berillon, Бехтеревъ, Wichmann и др.). Сюда относятся: страхъ открытыхъ мѣстъ, воды, грязи, прикосновенія къ предметамъ, боязнь ѣзды по желѣзнымъ дорогамъ, толпы, болѣзни и т. д.

Также и на психическое половое безсиліе можетъ оказать хорошее дѣйствіе гипнозъ.

Вліяетъ гипнозъ и на неврастеническое отсутствіе энергіи, ослабленіе воли.

Дальнѣйшимъ хорошимъ объектомъ для леченія внушеніемъ въ гипнозѣ служитъ нервная безсонница. Необходимо добиться, чтобы больные въ опредѣленное время ложились въ кровать, и внушить имъ, чтобы чувство усталости и сна наступало при какомъ-нибудь внѣшнемъ моментѣ, напр., при боѣ часовъ.

При запорахъ (Форель), которые столь часты у неврастениковъ, въ особенности у женщинъ, можно иногда соотвѣтствующимъ внушеніемъ вызвать дефекацію. Само собой понятно, что должно при этомъ бороться также съ основнымъ страданіемъ другими лечебными методами.

Тѣмъ обстоятельствомъ, что иннервація кровообращенія представляетъ собою одну изъ тѣхъ функцій организма, на которую гипнотическое внушеніе оказываетъ чрезвычайно рѣзкое вліяніе, объясняется очевидно (Бехтеревъ) и вы-

зываніе съ помощью внушенія мѣсячныхъ и иногда ихъ укороченіе, что можетъ въ соотвѣтствующихъ случаяхъ оказаться весьма полезнымъ.

Этимъ-же обстоятельствомъ, по всей вѣроятности, и слѣдуетъ объяснить сильное вліяніе, оказываемое внушеніемъ на многія такъ называемыя функціональныя разстройства нервной системы.

Изъ нервныхъ симптомовъ, встрѣчающихся довольно часто при неврастеніи, изъ которыхъ нѣкоторые отчасти уже были упомянуты выше,—могутъ поддаться дѣйствію гипнотическаго внушенія: отсутствіе аппетита, чувство полноты послѣ ѣды, отрыжка, рвота, головныя боли, головокруженіе, чувство давленія головы, различныя разстройства чувствительности, какъ, напр., гиперестезіи, парестезіи и невралгіи, нервныя разстройства сердцебіенія и дыханія, нервная одышка, нервный кашель, заиканіе и т. д.

Какъ примѣръ вліянія внушенія на заиканіе неврастеника можетъ имѣть значеніе слѣдующій случай проф. Бехтерева: больной М., неврастеникъ, обнаруживаетъ рѣзкую раздражительную слабость, при малѣйшемъ ударѣ молоткомъ по мышцамъ тѣла обнаруживаетъ цѣлый рядъ рефлекторныхъ движеній и почти каждый разъ подпрыгиваетъ; рѣчь—съ характеромъ рѣзкаго заиканія, которое появилось съ мѣсяцъ тому назадъ. Во время произношенія трудно выговариваемыхъ словъ обнаруживаются разнообразныя и крайне рѣзкія судорожныя подергиванія лица и судорожные вздохи. Послѣ одного сеанса гипноза, всѣ эти явленія были устранены и, хотя чрезъ нѣсколько дней заиканіе и судорожныя подергиванія въ лицѣ вновь начали было появляться, но послѣ второго гипнотическаго сеанса они окончательно исчезли. Въ случаѣ этомъ заиканіе предствляло собой одно изъ проявленій общаго невроза.

Кромѣ авторовъ, помѣщенныхъ въ текстѣ, о значеніи психическаго леченія при неврастеніи, пишутъ также: Putnam, Valentin, Otis y Esquerdo, Lorchet, Maienfisch, Harvey, Holst, Moll и многіе другіе.

Въ заключеніе настоящей главы, укажу еще на взглядъ, высказанный между прочимъ Bertran'омъ, согласно которому гетерономное приложеніе руки оказываетъ успокоивающее болеутоляющее дѣйствіе на различныя болевыя ощущенія (невралгіи, міалгіи и т. п.), испытываемыя большинствомъ невропатовъ, въ особенности же истеричными и неврастениками. Можно допустить, замѣчаетъ Bertran, что указанное обезболивающее дѣйствіе обязано своимъ происхожденіемъ тому, что изучается въ настоящее время подъ названіемъ „ода", и поэтому можно предположить, что успѣхъ этой процедуры пропорціоналенъ количеству и энергіи истеченій „ода" дѣйствующаго лица.

X. Mitchell—Playfair'овскій методъ усиленнаго кормленія.

Изъ гигіеническихъ и физическихъ способовъ леченія, оказывающихъ хорошія услуги при неврастеніи, слѣдуетъ упомянуть о способѣ Mitchell—Playfair'a.

Методъ леченія, придуманный Weir-Mitchell'омъ въ Филадельфіи и впервые имъ практически примѣненный, чтобы, какъ онъ говоритъ, дать новыя силы и новую жизнь индивидуумамъ ослабленнымъ и истощеннымъ, обнимаетъ собою нѣсколько цѣлебныхъ факторовъ: 1) удаленіе больного изъ прежней его обстановки (изоляція); 2) постельное содержаніе; 3) усиленное кормленіе; 4) массажъ; 5) электричество. Въ этомъ способѣ леченія (Löwenfeld *) оригп-

*) Die Mitchell—Playfair'sche Mastkur.

нальной является только комбинація этихъ факторовъ (въ отдѣльности они примѣнялись уже и прежде), а также систематическое ихъ примѣненіе; на этомъ и основываются выдающіеся результаты указаннаго метода. Въ Англіи заслуга по введенію Mitchell'евскаго леченія принадлежитъ главнымъ образомъ Playfair'у; потому методъ этотъ часто называютъ Mitchell-Playfair'овскимъ. Въ Германіи сообщали объ успѣхахъ этого леченія Binswanger, Burkart, Leyden, Ewald, Holst, Schreiber и др.

Очень подробно изложенъ способъ Weir-Mitchell'а въ монографіи Bouveret.

Изъ отдѣльныхъ частей этого способа леченія, примѣняемаго главнымъ образомъ у женщинъ, совершенная изоляція паціентовъ отъ окружающей ихъ обстановки, въ собственномъ помѣщеніи, большею частью недостижима. Вслѣдствіе этого является необходимость переселить больныхъ въ иное мѣсто. Понятно, что ухаживающій за паціентами персоналъ долженъ обладать полнымъ знаніемъ своего дѣла и по своему развитію и образованію быть въ состояніи бесѣдовать съ больными и развлекать ихъ.

Паціенты должны безпрерывно оставаться въ постели, а именно, въ тяжелыхъ случаяхъ, отъ 6—8 недѣль, причемъ первое время имъ запрещено заниматься чѣмъ бы то ни было; имъ не дозволяется даже садиться или самимъ принимать пищу,—ихъ слѣдуетъ кормить. Въ дальнѣйшемъ леченіи имъ разрѣшается сѣсть, а затѣмъ и встать съ постели, но не надолго; впослѣдствіи продолжительность пребыванія въ кровати постепенно сокращается, такъ что къ концу леченія паціенты остаются въ постели не болѣе 3—4 часовъ. Mitchell настаиваетъ на томъ, чтобы паціентка и въ дальнѣйшемъ пользовалась въ теченіе

двухъ мѣсяцевъ ежедневно абсолютнымъ покоемъ въ продолженіе 2—3 часовъ.

Главнымъ условіемъ всего леченія служитъ діэта, благодаря которой достигается усиленное поднятіе питанія истощеннаго организма. Начинаютъ съ исключительно молочнаго питанія, при чемъ сначала даютъ каждые два часа отъ 90—120 g. молока, а спустя 3 — 4 дня увеличиваютъ каждую порцію на столько, что въ продолженіе сутокъ выпивается больными около 2 — 3 литровъ молока. Переходъ къ молочной діэтѣ можетъ быть произведенъ и такимъ образомъ, что первоначально, помимо обычной пищи, даютъ незначительныя порціи молока, затѣмъ уменьшаютъ постепенно пищу, пока наконецъ не дойдутъ до исключительно молочной діэты. Послѣ 4 — 8 дней одной лишь молочной пищи, можно, если позволяетъ желудокъ, дать легкій завтракъ (хлѣбъ съ масломъ и яйцо), а спустя 1 — 2 дня подать къ обѣду бараньи ребрышки; засимъ, количество пищи постепенно увеличивается, такъ что по истеченіи 10 — 14 дней больные ѣдятъ уже три раза въ день, въ размѣрѣ обѣда, и вмѣстѣ съ тѣмъ получаютъ 1—1½ литра молока, которое выпивается въ замѣнъ воды во время или послѣ ѣды; съ конца первой недѣли даютъ, кромѣ того, опредѣленное количество супа, приготовленнаго изъ одного фунта мяса, по особому способу Mitchell'a (въ родѣ beef-tea). По прошествіи 10 дней даютъ передъ каждой ѣдой 60—120 g. Мальцъ—экстракта. Изъ спиртныхъ напитковъ можно во время ѣды давать бокалъ шампанскаго или рюмку краснаго вина. Для усиленія питанія больныхъ, Weir-Mitchell даетъ послѣ ѣды, по крайней мѣрѣ зимой, даже рыбій жиръ, и въ случаѣ, если бы послѣдній не могъ быть принимаемъ больными per os, то онъ вводится per klysma. Больныхъ, привыкшихъ упо-

треблять морфій или хлоралъ, слѣдуетъ заставить отказаться отъ этихъ средствъ въ самомъ началѣ леченія.

Чтобы устранить вредныя для организма послѣдствія постельнаго содержанія и облегчить переваривaніе принимаемаго больными большого количества пищи, въ планъ леченія были введены массажъ и электричество.

Массажъ начинаютъ обыкновенно послѣ нѣсколькихъ дней молочной діэты; первоначально онъ производится (по Mitchell'у) только $^1/_2$ часа, а по истеченіи недѣли—цѣлый часъ; Playfair заставляетъ дѣлать массажъ даже 2 раза въ день, всякій разъ по $1^1/_2$ часа. Массажъ долженъ простираться на все тѣло за исключеніемъ головы, и состоитъ въ щипаніи и давленіи кожи, въ поколачиваніи и разминаніи мускуловъ и въ движеніи членовъ во всѣхъ суставахъ. Самое производство массажа вначалѣ вызываетъ только утомленіе, впослѣдствіи же—чувство пріятной усталости. По крайней мѣрѣ 6 недѣль, массажъ производится ежедневно, на седьмой недѣлѣ только черезъ день, а затѣмъ прекращается совершенно. Playfair придаетъ массажу на столько важное значеніе для переваривaнія принятой пищи, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ появляются разстройства въ этомъ направленіи, онъ мѣняетъ массажистку.

Электризація производится фарадическимъ токомъ и притомъ вначалѣ только короткое время, а затѣмъ отъ 40 минутъ и до часа; при этомъ начинаютъ электризацію съ нижнихъ конечностей и, переходя все выше, приводятъ отдѣльныя, доступныя мышцы въ ясное сокращеніе; сильныхъ болей вызывать не слѣдуетъ; шею и лицо не электризуютъ.

Какъ только паціенты начинаютъ принимать, кромѣ молока, и другую пищу, Mitchell назначаетъ изъ фармацевтическихъ средствъ сперва желѣзо въ большихъ дозахъ.

а затѣмъ, когда больнымъ разрѣшается сидѣть — Strychninum Sulphuricum съ желѣзомъ и мышьякомъ.

Для описаннаго способа леченія пригодны случаи продолжительнаго нервнаго истощенія, соединенные съ несомнѣнно пониженнымъ общимъ питаніемъ, преимущественно у женщинъ, которыя, имѣя плохой аппетитъ, ѣдятъ очень мало, худѣютъ и становятся анемичными. Одновременное существованіе легкихъ женскихъ болѣзней не исключаетъ въ общемъ возможности леченія и не вредитъ его успѣху. Нѣкоторыя заболѣванія этого рода (напр. катарры матки, измѣненія въ положеніи матки), вслѣдствіе постельнаго покоя и улучшенія общаго питанія, въ которомъ принимаютъ участіе также и тазовые органы, излѣчиваются безъ всякаго мѣстнаго леченія. Тяжелыя же заболѣванія половыхъ органовъ служатъ, напротивъ того, противопоказаніемъ (Playfair). Непригодными для такого леченія являются также случаи ясно выраженнаго душевнаго разстройства (напр. меланхолія), затѣмъ по крайней мѣрѣ, по наблюденіямъ Burkart'a, истерія съ неукротимой рвотой. Мало пригодными объектами служатъ случаи съ церебральной неврастеніей и съ упорными висцеральными невралгіями.

Для проведенія леченія не слѣдуетъ выбирать жаркое время года; понятно, что отсутствіе возможности пользоваться свѣжимъ воздухомъ не содѣйствуетъ цѣли леченія.

Mitchell'евское леченіе можетъ, въ относительно короткое время, повести къ поразительному увеличенію вѣса тѣла. Burkart наблюдалъ въ одномъ случаѣ увеличеніе вѣса на 40 фунтовъ въ теченіе 9-ти недѣль, Mitchell —подобное-же увеличеніе въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ, Playfair—увеличеніе вѣса на 43 фунта въ теченіе 6-ти недѣль. Эта прибыль въ вѣсѣ не зависитъ, какъ предполагалъ Mitchell, исключительно отъ отложенія жира и увели-

ченія количества крови, по, согласно наблюденіямъ Burkart'а, зависитъ, главнымъ образомъ, также отъ отложенія органическаго бѣлка (въ особенности отъ увеличенія массы мускуловъ и пищеварительныхъ железъ). Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ леченіе идетъ успѣшно, съ улучшеніемъ общаго питанія, оказывающагося въ приростѣ вѣса тѣла, уменьшаются соотвѣтственно нервныя разстройства; однако такое соотношеніе не бываетъ постояннымъ, такъ какъ иногда улучшеніе и излеченіе наступаютъ и при относительно меньшемъ увеличеніи вѣса.

Mitchell-Playfair'овское леченіе представляетъ безспорно весьма цѣнное обогащеніе нашихъ лечебныхъ средствъ противъ тяжелыхъ формъ неврастеніи и истеріи; соглашаясь съ этимъ, не слѣдуетъ однако слишкомъ ревностно примѣнять это леченіе. Прежде всего надобно имѣть въ виду, что непозволительно и также неудобно, въ случаяхъ, въ которыхъ можно надѣяться на достиженіе цѣли при помощи простыхъ средствъ, примѣнять способъ леченія, который требуетъ отъ больныхъ столь большого терпѣнія и самообладанія и возлагаетъ на нихъ такія значительныя матеріальныя издержки, какъ вышеупомянутый методъ. Число случаевъ, въ которыхъ одно лишь Mitchell'евское леченіе, при строгомъ соблюденіи его, давало-бы право разсчитывать на успѣхъ, весьма ничтожно по сравненію съ громаднымъ числомъ страдающихъ неврастеніей и истеріей; но и въ этой ограниченной области методъ этотъ не всегда оказывается успѣшнымъ. Цѣлый рядъ условій, въ особенности психическіе моменты и разстройства процессовъ пищеваренія могутъ воспрепятствовать успѣшному проведенію леченія въ тѣхъ случаяхъ, которые кажутся вполнѣ подходящими къ примѣненію подобнаго леченія; кромѣ того, не смотря на замѣтное улучшеніе общаго питанія и видимое прибавленіе вѣса, улучшеніе нервнаго состоянія можетъ

все-таки не получиться; наконецъ, этотъ способъ леченія не обезпечиваетъ также отъ рецидивовъ въ случаѣ достиженія благопріятныхъ результатовъ.

Число больныхъ, нуждающихся въ леченіи по методу Mitchell'a въ полномъ его объемѣ, несравненно меньше числа паціентовъ, у которыхъ можно вообще съ пользой примѣнить одно лишь усиленное кормленіе. Если ближе разсмотрѣть способъ леченія Mitchell'a, то мы видимъ, что цѣлый рядъ цѣлебныхъ факторовъ сгруппированъ вокругъ одного главнаго, именно—усиленнаго кормленія; эти факторы, однако, не всѣ дѣйствуютъ въ одномъ направленіи, а напротивъ того, отчасти противодѣйствуютъ другъ другу: желательному и для леченія необходимому усиленію питанія никакъ не способствуетъ постельное содержаніе и связанное съ нимъ лишеніе свѣжаго воздуха. Mitchell, сознавая это и желая устранить вредныя послѣдствія, получающіяся отъ покоя, ввелъ въ планъ леченія массажъ и общую электризацію; послѣдняя, однако, считается многими излишней. По мнѣнію Löwenfeld'a, примѣненіе ея слѣдуетъ ограничить, а можетъ быть и устранить совершенно. Съ другой стороны, массажъ никакъ не представляетъ собой достаточнаго возмѣщенія для мышечной дѣятельности: разминаніе мускулатуры, которому Mitchell, Playfair и Burkart придаютъ главное значеніе, обыкновенно плохо переносится исхудалыми, чрезмѣрно раздраженными паціентами, такъ что нѣкоторые наблюдатели, какъ напр. Binswanger, по крайней мѣрѣ въ теченіе первыхъ недѣль леченія, довольствуются поглаживаніемъ кожныхъ покрововъ. Если же мы имѣемъ дѣло съ больными, двигательная способность которыхъ еще не рѣзко понижена, то мы можемъ даже совсѣмъ оставить массажъ, разрѣшивъ паціенту небольшія прогулки. Послѣдняя мѣра представляетъ двойную выгоду: мы доставляемъ больному возмож-

ность пользоваться благотворнымъ вліяніемъ свѣжаго воздуха и не имѣемъ надобности опять пріучать его къ движенію и притомъ даже съ извѣстной осторожностью, какъ это бываетъ необходимо послѣ безпрерывнаго постельнаго содержанія, продолжавшагося цѣлыя недѣли; въ такихъ случаяхъ, для достиженія значительнаго увеличенія вѣса въ короткое время, слѣдуетъ только принять за правило, чтобы паціенты гуляли гораздо меньше, чѣмъ они привыкли; такимъ путемъ можно достигнуть, и безъ абсолютнаго постельнаго покоя, весьма значительнаго увеличенія вѣса, — по наблюденіямъ Löwenfeld'а, до 3 фунтовъ въ недѣлю и до 10 фунтовъ въ мѣсяцъ. Также и строгая изоляція не оказывается всегда необходимой или полезной даже у больныхъ, нуждающихся въ абсолютномъ постельномъ покоѣ. Безразличныя и непродолжительныя бесѣды съ благоразумными родственниками или друзьями, не принадлежащими къ обычному обществу больного, часто дѣйствуютъ весьма благотворно, въ особенности при угнетенномъ состояніи духа. Даже главный факторъ всего леченія—усиленное кормленіе—допускаетъ нѣкоторыя модификаціи. Начало усиленнаго кормленія, состоящее, по методу Mitchell'а, въ одной лишь молочной діэтѣ, а также употребленіе молока въ бо̀льшемъ количествѣ при дальнѣйшемъ леченіи, часто не удается вслѣдствіе отвращенія къ нему паціентовъ и не представляетъ существеннаго значенія. Леченіе можетъ быть начато безъ всякаго вреда со смѣшанной пищи. По наблюденіямъ Löwenfeld'а, согласнымъ съ таковыми другихъ нѣмецкихъ наблюдателей, нѣтъ никакой необходимости, для достиженія хорошихъ результатовъ, въ прописываемыхъ Mitchell'емъ, Playfair'омъ и др. громадныхъ порціяхъ пищи. Съ другой стороны, даже въ большинствѣ случаевъ, введеніе нѣкоторыхъ цѣлебныхъ факторовъ, не входящихъ въ схему Mitchell'а, оказывается весьма по-

лезнымъ, такъ. напр. употребленіе ваннъ (разсольныхъ, полуваннъ, электрическихъ ваннъ), и другихъ гидротерапевтическихъ процедуръ, мѣстное примѣненіе постояннаго тока (гальванизація головы, спины, желудка), франклинизація, а, въ случаѣ надобности, и гипнозъ. Löwenfeld заявляетъ о весьма удовлетворительныхъ результатахъ, полученныхъ имъ отъ усиленнаго кормленія, въ соединеніи съ гидротерапіей и гальваническимъ леченіемъ при ограниченіи движенія.

Krafft-Ebing пишетъ, что Weir-Mitchell'-евское леченіе пригодно для случаевъ, при которыхъ, вслѣдствіе рѣзко пониженнаго питанія, въ особенности у нервныхъ женщинъ (послѣ тяжелыхъ острыхъ заболѣваній, или послѣ истощающихъ родовъ), зависящая отъ этого неврастенія не проходитъ, причиною чему служатъ либо то обстоятельство, что возстановленіе прежняго питанія и силъ задерживается диспептическими и ассимиляторными разстройствами въ желудкѣ и кишкахъ, либо,—что бываетъ чаще,—оттого, что паціентъ страдаетъ отсутствіемъ аппетита и тѣмъ менѣе можетъ побороть свое нежеланіе ѣсть, что воспріятіе пищи (такъ, напр. при dyspepsia nervosa) сопряжено съ болѣзненными явленіями. Въ этихъ случаяхъ можетъ лишь посторонняя воля и принужденіе къ обильному питанію, вывести болѣзнь изъ ея положенія на мертвой точкѣ и повести къ излеченію. Тутъ-то усиленное кормленіе можетъ оказать очень хорошія услуги.

Кромѣ того, этотъ методъ особенно показанъ при половой и сердечной неврастеніи и вообще у лицъ страдающихъ тяжелой конституціональной, а также застарѣлой, пріобрѣтенной неврастеніей, у лицъ истощенныхъ и сверхъ того анемичныхъ, въ особенности у женщинъ.

По мнѣнію автора главнѣйшимъ цѣлебнымъ факторомъ при Mitchell'евскомъ методѣ служитъ изоляція и замѣна

ослабѣвшей силы воли больного волею врача. Нерѣдко оказывалось достаточнымъ одно лишь присутствіе и поддержка со стороны врача при частыхъ пріемахъ пищи, чтобы, безъ вреда для больного и безъ помощи гимнастики, постепенно поднять вѣсъ тѣла до требуемаго предѣла. Какъ бы мы строго ни придерживались правилъ этого метода, слѣдуетъ предостеречь отъ шаблоннаго его примѣненія.

XI. Леченіе въ спеціальныхъ заведеніяхъ.

При хроническихъ случаяхъ неврастеніи какъ и вообще при тяжелыхъ нервныхъ страданіяхъ (Krafft-Ebing) можно разсчитывать на успѣхъ лишь въ спеціальныхъ лечебныхъ заведеніяхъ, такъ какъ только въ послѣднихъ мы встрѣчаемся съ условіями, необходимыми для проведенія психотерапіи. Пребываніе въ нихъ оказывается однако полезнымъ также благодаря тому, что здѣсь обыкновенно имѣются въ распоряженіи и другія вспомогательныя средства леченія; къ тому-же больные удалены отъ домашнихъ, семейныхъ и служебныхъ условій, въ которыхъ часто кроются причины заболѣванія и гдѣ нерѣдко нарушались основныя требованія психотерапіи, такъ какъ относились къ нимъ со слишкомъ большой уступчивостью или какъ къ мнимо-больнымъ.

На вопросъ о томъ, можно-ли успѣшно лечить неврастеника въ домашней обстановкѣ, Courjon отвѣчаетъ отрицательно; такъ какъ, говоритъ онъ, больной не находитъ въ себѣ достаточной энергіи точно слѣдовать, въ теченіе, иногда продолжительнаго времени, всѣмъ предписаніямъ строгаго леченія, поэтому слѣдуетъ его удалить отъ семьи и изолировать. Чтобы получить этимъ путемъ наилучшіе результаты въ кратчайшій срокъ, необходимо

обратиться къ специальному заведенію, приспособленному для леченія неврастеніи, гдѣ найдутся всѣ необходимые факторы, гарантирующіе быстрое и полное излеченіе. Факторы эти слѣдующіе: режимъ питательный, массажъ, гидротерапія, элетричество и лекарственное леченіе. Заканчиваетъ авторъ тѣмъ, что неврастенія вполнѣ излечима посредствомъ терапіи, основой которой служатъ изоляція и психическая и нравственная гигіена.

Для большого числа хроническихъ неврастениковъ, оказываются пригодными водолечебныя заведенія (Krafft-Ebing), и, дѣйствительно, главный контингентъ больныхъ въ нихъ составляютъ нервно-больные. И въ тѣхъ заведеніяхъ результаты получаются весьма удовлетворительные, гдѣ врачи стоятъ на высотѣ невропатологической науки, въ особенности образованы психіатрически; не примѣняютъ такихъ водолечебныхъ процедуръ, которыя отнимаютъ слишкомъ много тепла и вызываютъ механическія потрясенія; придерживаются при леченіи индивидуализаціи; не стремятся лечить исключительно водой, но пользуются также электричествомъ, массажемъ и другими лечебными средствами, а также правильно питаютъ своихъ паціентовъ, т. е. даютъ имъ не слишкомъ бѣдную бѣлками и жирами пищу.

Предпочитать слѣдуетъ, въ особенности въ тяжелыхъ случаяхъ неврастеніи,—водолечебныя заведенія съ небольшимъ числомъ больныхъ, и не переполненныя паціентами, какъ это бываетъ въ разгарѣ сезона; если же тѣмъ не менѣе мы принуждены помѣстить паціента въ большое водолечебное заведеніе, то необходимо это сдѣлать въ такое время, когда въ немъ больныхъ немного.

Больной, страдающій тяжелой неврастеніей, долженъ посѣщаться врачемъ нѣсколько разъ въ день, такъ какъ онъ постоянно нуждается въ его помощи. По наблюденіямъ Krafft-Ebing'а врачу достаточно дѣла съ 20 тяжелыми

нервно-больными, къ каковымъ и относятся неврастеники, помѣщающіеся въ водолечебныхъ заведеніяхъ. Если же число это значительно больше, то психическое леченіе отъ этого страдаетъ. Больной, будучи посѣщаемъ лишь сравнительно рѣдко врачемъ, большую часть времени оказывается предоставленнымъ самому себѣ, или же обществу служителя, что должно вредно отразиться на леченіи.

Болѣе, чѣмъ въ водолечебныхъ заведеніяхъ, тяжелые случаи неврастеніи нуждаются въ такъ называемыхъ санаторіяхъ для нервно-больныхъ. Убѣжденіе это, которое уже давно высказывали Holst, Eyselein, Charcot, Ziemssen, Hecker, Bouveret и др., начинаетъ распространяться какъ среди міра врачебнаго, такъ и въ обществѣ и въ послѣднія 2—3 десятилѣтія повело къ основанію подобныхъ лечебныхъ заведеній, которыя должны восполнить пробѣлъ въ дѣлѣ раціональной терапіи тяжело нервно-больныхъ.

Къ сожалѣнію, санаторіи эти въ общемъ доступны лишь болѣе состоятельному классу людей, между тѣмъ какъ средній классъ лишенъ возможности пользоваться ими.

По этому поводу Krafft-Ebing замѣчаетъ, что существуетъ масса больныхъ въ современномъ обществѣ, которые психически еще не разстроены, а лишь нервно-больны, относительно которыхъ однако есть полное основаніе предполагать, что они окончательно погубятъ свои нервы или даже заболѣютъ психически, если имъ своевременно не будетъ предоставленъ случай воспользоваться благодѣтельнымъ вліяніемъ леченія въ спеціальномъ заведеніи. Такіе больные, къ которымъ относятся весьма многіе неврастеники, истеричные, морфинисты и др., съ трудомъ могутъ пользоваться имѣющимися санаторіями, предназначенными исключительно для нервно-больныхъ, а также—по крайней мѣрѣ лѣтомъ—водолечебными заведеніями, по причинѣ ихъ малочисленности. Содержаніе въ нихъ при этомъ настолько дорого,

что только болѣе состоятельные классы общества могутъ пользоваться ими. Средній же классъ находится въ этомъ отношеніи въ невыгодномъ положеніи, такъ какъ требуемое продолжительное леченіе въ такой санаторіи совершенно истощаетъ ихъ средства, или же больные принуждены бываютъ, ввиду матеріальныхъ условій, преждевременно прервать леченіе. Большое число этихъ больныхъ, вслѣдствіе недостаточнаго или несоотвѣтствующаго леченія ихъ нервнаго страданія, чахнутъ и бываютъ принуждены бросить свою службу или частныя занятія и тѣмъ самымъ очутиться въ крайней нуждѣ. Многимъ подобнымъ, истощеннымъ въ борьбѣ за существованіе, людямъ можно было бы помочь, устроивъ для нихъ соотвѣтствующія лечебныя заведенія. Положеніе ихъ таково: въ семьѣ выздоровѣть имъ невозможно; обыкновенныя больницы для нихъ непригодны, да, кромѣ того, ихъ туда и не принимаютъ; въ лечебницѣ для душевнобольныхъ имъ также не мѣсто, и поступаютъ они туда только исключительно вслѣдствіе временныхъ состояній бреда или возбужденія, или же если ихъ нервное разстройство перешло въ психическое,

Было бы большимъ благодѣяніемъ для средняго класса населенія, если бы частныя лица, общества или вѣдомства учреждали для такихъ нервно-больныхъ доступныя лечебныя заведенія.

Потребность эта сказывается съ каждымъ годомъ все сильнѣе и сильнѣе. Неудовлетвореніе ей служитъ причиной разоренія многихъ семействъ, нищеты, самоубійствъ и неизлеченія людей, которые своевременно могли бы получить вѣрную и, относительно, быструю помощь.

Учрежденіе такихъ лечебницъ для нервно-больныхъ заслужило бы благодарность не только самихъ больныхъ, но и всего общества и послужило бы примѣромъ для устройства подобныхъ-же лечебницъ во всѣхъ культурныхъ странахъ.

Возвращаясь къ вопросу о лечебницахъ для нервно-больныхъ вообще, Krafft-Ebing замѣчаетъ, что съ тяжелыми случаями нервно-больныхъ дѣло обстоитъ такъ-же, какъ нѣкогда съ душевно-больными, надежда на излеченіе которыхъ выяснилась лишь тогда, когда устроили для нихъ спеціальныя лечебницы. Не будучи оптимистомъ можно считать, что очень многимъ тяжелымъ неврастеникамъ могла бы быть оказана существенная помощь,--однако лишь въ вполнѣ для этой цѣли приспособленной лечебницѣ,—если бы они не были стѣснены временемъ, необходимымъ для леченія.

По поводу существующихъ санаторій высказывается предубѣжденіе,—какъ это было въ свое время и по поводу лечебницъ для душевно-больныхъ,—что совмѣстная жизнь нервно-больныхъ вредно на нихъ самихъ отражается. Послѣднее обстоятельство можетъ-быть дѣйствительно отчасти отнесено къ отрицательнымъ сторонамъ леченія въ санаторіяхъ (Dewey), такъ какъ всѣ больные находятся вмѣстѣ и часто затѣваютъ между собою медицинскіе разговоры, анализируя безпокоющіе ихъ болѣзненные симптомы. Опасаться однако санаторій изъ-за этого не слѣдуетъ, такъ какъ врачами могутъ быть приняты мѣры для устраненія подобныхъ разговоровъ, что достигается установленіемъ извѣстнаго порядка, соотвѣтствующими наставленіями, легкими взысканіями и т. д.

Подобная санаторія (Krafft—Ebing) должна строго держаться своихъ рамокъ, избѣгать пріема душевно-больныхъ и отдѣлять такихъ нервно-больныхъ, видъ которыхъ тягостенъ для окружающихъ, или можетъ стать таковымъ вслѣдствіе припадковъ (epilepsia, hysteria gravis, chorea gravis).

Можно вполнѣ согласиться съ Möbius'омъ, что существующія санаторіи для нервно-больныхъ нуждаются въ реформѣ во многихъ отношеніяхъ: сюда относятся слиш-

комъ обильный и богатый мясными блюдами столъ и недостаточная забота о физическомъ трудѣ. Кому приходится лечить неврастениковъ и истеричныхъ изъ высшихъ слоевъ общества, тому трудно будетъ устранить указанные недостатки,, но при устройствѣ спеціальныхъ лечебницъ для нервно-больныхъ изъ средняго и низшаго слоевъ населенія, можно было бы позаботиться о болѣе простомъ уходѣ и о подходящей работѣ.

Сознаніе того факта (Löwenfeld), что работа для многихъ невро- и психопатовъ составляетъ важный цѣлебный факторъ, и что имѣющіяся пока учрежденія для нервнобольныхъ не удовлетворяютъ, или удовлетворяютъ лишь въ малой степени указанному требованію, повело къ основанію особыхъ рабочихъ учрежденій. Старѣйшимъ и наиболѣе извѣстнымъ изъ нихъ это—рабочій институтъ для нервнобольныхъ, построенный въ Цюрихѣ инженеромъ Grohmann'омъ по инціативѣ Forel'а; въ этомъ институтѣ больные занимаются садовыми работами, столярнымъ и обойнымъ ремеслами, типографской работой, рисованіемъ и т. д.; при этомъ они пользуются также различнымъ спортомъ: греблей, плаваніемъ подъ парусами и др. Во многихъ случаяхъ, наряду съ леченіемъ посредствомъ работы, примѣняется и леченіе гипнозомъ. По сообщеніямъ Monnier о результатахъ, полученныхъ въ институтѣ Grohmann'а, самой полезной и излюбленной работой оказывается, среди работъ садовыхъ, копаніе земли. Наиболѣе подходящей замѣной садовой работы, не всегда доступной паціентамъ, является столярное ремесло, которое можетъ служить также для притупленія повышенной чувствительности къ различнымъ шумамъ. Съ этой цѣлью паціенты,—въ виду того, что ихъ повышенная чувствительность обыкновенно обнаруживается только при шумахъ, производимыхъ другими лицами,—вначалѣ от-

дѣльно занимаются подобными работами и лишь въ послѣдствіи допускаются къ совмѣстному труду.

Понятно, что во многихъ случаяхъ неврастеніи, одна лишь работа оказывается далеко еще не достаточной для достиженія желаемыхъ результатовъ, а потому было бы весьма полезно, помимо физическаго труда, примѣнять также и другіе различные способы леченія. Krafft-Ebing рисуетъ себѣ подобныя санаторіи будущаго въ видѣ деревенскихъ колоній, съ полями и садами для обработки, съ фермами и мастерскими для отдѣльныхъ ремеселъ, расположенныя въ хорошихъ климатическихъ условіяхъ, на среднихъ высотахъ, вдали отъ шумнаго свѣта, но все-же легко доступныя больнымъ, снабженныя всѣми усовершенствованными способами леченія и руководимыя свѣдущими врачами, гдѣ больные, не ощущая такъ сильно разлуку съ родиной и родными, могли бы найти успокоеніе отъ житейскихъ невзгодъ.

Главной задачей врача подобной санаторіи для нервнобольныхъ должно составлять нравственное воздѣйствіе на больного и правильное руководство всѣмъ его образомъ жизни. Особенно важно воспрепятствовать появленію разнообразнѣйшихъ самовнушеній паціента, поселить въ немъ довѣріе къ врачу и собственной будущности, укрѣпить силу воли и вѣру въ себя и привлечь его къ содѣйствію для излеченія, воскресить самообладаніе, отвлечь и освободить индивидуально правильной, соразмѣренной дѣятельностью отъ болѣзненныхъ ощущеній и настроеній и предоставить цѣлесообразное, удовлетворяющее его занятіе.

Для выполненія этой задачи требуется много времени, еще болѣе терпѣнія и главнымъ образомъ, знаніе людей, психологическое дарованіе и психіатрическій опытъ.

Признаютъ весьма полезнымъ вліяніе труда на неврастениковъ Zenner, Vogt, Glorieux и мн. др.

Отдѣльные авторы, какъ напр. Llorens, полагаютъ, что больные неохотно подчиняются всѣмъ терапевтическимъ требованіямъ въ спеціальныхъ заведеніяхъ, такъ какъ обстановка въ послѣднихъ дѣйствуетъ угнетающимъ образомъ на ихъ психику, вслѣдствіе чего леченіе въ семьѣ должно быть признано болѣе подходящимъ. Согласиться съ указаннымъ мнѣніемъ едва ли возможно, такъ какъ при правильной постановкѣ лечебнаго дѣла легко избѣгнуть отрицательнаго отношенія паціента къ окружающей его обстановкѣ.

Считаю не лишнимъ указать еще на громадную пользу которую могло бы принести учрежденіе народныхъ лечебныхъ заведеній для нервно-больныхъ, примѣромъ которыхъ можетъ служить лечебница для нервно больныхъ „Heilstätte für Nerven-Kranke Haus Schönow“ въ Zehlendorf'ѣ около Берлина, основанная на частныя пожертвованія, благодаря заботамъ Нестора нѣмецкой психіатріи, проф. Laehr'а.

Предупрежденіе.

Въ заключеніе настоящей книги укажу въ нѣсколькихъ словахъ на тѣ пути которыми мы располагаемъ, чтобы предохранить еще съ самаго ранняго дѣтства наше потомство отъ неврастеніи. Предупрежденія болѣзни въ зрѣломъ возрастѣ касаться не буду, такъ какъ пришлось бы возвратиться къ тому, что уже сказано было въ главѣ о *причинахъ* неврастеніи, изъ которыхъ, сами-собою, вытекаютъ мѣры необходимыя для того, чтобы предотвратить появленіе нервной слабости.

При неимовѣрно большомъ числѣ неврастениковъ, у родителей несомнѣнно рождается вопросъ, какіе имѣются пути и способы, чтобы съ дѣтства предохранить своихъ малютокъ и подростковъ отъ этой столь сильно распростра-

ненной болѣзни. Для достиженія указанной цѣли (Binswanger) имѣютъ особенное значеніе общеизвѣстныя гигіеническія и діэтетическія условія, соблюденіе которыхъ является необходимымъ. Сюда, въ общемъ, относятся закаливаніе кожныхъ нервовъ холодными обмываніями и купаніями, затѣмъ пріученіе дѣтей къ питательной и, по возможности, простой пищѣ, правильное чередованіе труда умственнаго и физическаго, работы и отдыха, а также непремѣнное удовлетвореніе потребностямъ сна.

Въ частности должно быть обращено вниманіе на то, чтобы дѣти питались молокомъ по возможности дольше. Всѣ спиртные напитки до совершеннолѣтія не только лишніе, но даже несомнѣнно приносятъ вредъ ихъ здоровью; не позволительно давать дѣтямъ вино или пиво въ видѣ постояннаго напитка; въ случаѣ надобности слѣдуетъ утолять жажду молокомъ или фруктовыми соками. Въ нѣкоторыхъ семьяхъ заведено чрезмѣрное употребленіе мяса, вредно отражающееся на здоровьѣ; такъ напр. передъ сномъ дается ребенку мясное блюдо, между тѣмъ какъ гораздо полезнѣе— молочныя кушанья, сырые или вареные фрукты, хлѣбъ, масло. Разумѣется само собой, что кофе и чай дѣти должны избѣгать.

Существенно важно опредѣлить продолжительность сна. Для того, чтобы пріучить къ спокойному и укрѣпляющему сну, слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы дѣти ложились въ опредѣленный часъ, чтобы они спали безъ приспособленій, затемняющихъ комнату и безъ ночного освѣщенія, чтобы въ постели не велись разговоры и не производилось чтеніе съ цѣлью усыпленія ихъ. Сонъ долженъ продолжаться отъ 9—11 часовъ, смотря по индивидуальнымъ потребностямъ ребенка. Когда дѣти проснулись, слѣдуетъ настоять, чтобы они сейчасъ-же вставали.

Весьма важно закаливать дѣтей въ психическомъ отношеніи и пріучать ихъ пересиливать взрывы раздраженія, а также чрезмѣрную чувствительность къ болевымъ ощущеніямъ. Неблагоразумно выражать дѣтямъ свое состраданіе при ничтожныхъ причинахъ, вызывающихъ незначительную боль; послѣднее влечетъ за собой изнѣженіе природы ребенка, который становится неспособнымъ въ послѣдствіи переносить какія-бы ни было физическія боли и душевныя огорченія. Къ выносливости надобно пріучать дѣтей съ ранняго возраста, въ которомъ они особенно доступны вліянію.

Сказанное имѣетъ особенно важное значеніе для дѣтей съ невропатическимъ расположеніемъ; въ этомъ случаѣ дѣти должны воспитываться по строго обдуманному плану, чтобы обезвредить болѣзненное расположеніе и не дать развиться серьезной нервной болѣзни.

Задача воспитывать нервныхъ дѣтей необыкновенно трудна, пока они находятся подъ ближайшимъ вліяніемъ родителей. Если предрасположеніе унаслѣдовано ребенкомъ непосредственно отъ родителей, то, въ большинствѣ случаевъ, можно предположить, что у него чрезмѣрно мнительный неврастеникъ-отецъ, или—что еще хуже—мать, у которой психическія особенности могутъ явно обнаруживать черты истерическаго свойства. Какъ люди неспособные, вслѣдствіе своего болѣзненнаго состоянія, вести жизнь вполнѣ правильную и во всѣхъ ея частяхъ гармонически складывающуюся, они подчиняются своимъ болѣзненнымъ ощущеніямъ и представленіямъ, что̀ неизбѣжно должно дѣйствовать неблагопріятно на всѣхъ окружающихъ, а въ особенности на дѣтей, такъ какъ не слѣдуетъ забывать, что даже здоровымъ дѣтямъ присуща наклонность къ подражанію, а у невропатически расположенныхъ этотъ психическій факторъ существуетъ въ усиленной мѣрѣ.

У дѣтей съ невропатическимъ складомъ, совѣтъ врача необходимъ уже въ періодѣ ихъ младенчества. Здѣсь имѣетъ особенное значеніе сонъ, который часто нарушается вслѣдствіе замѣчаемаго у нихъ безпокойства. Слѣдуетъ позаботиться, чтобы такія дѣти днемъ пользовались возможнымъ покоемъ, чтобы ихъ по возможности меньше носили на рукахъ или возили и чтобы ихъ все время не забавляли. Плачъ ребенка, если онъ не вызывается физическими разстройствами, долженъ быть оставляемъ безъ вниманія. Такое отношеніе къ ребенку можетъ показаться безсердечнымъ, но оно необходимо для устраненія въ немъ болѣзненно-повышенной возбудимости. Въ виду послѣдней, на первомъ году жизни, т. е. въ то время, когда морфологическое развитіе нервной системы еще несовершенно, слѣдуетъ стремиться, чтобы по возможности ограничить ея функціонированіе; въ будущемъ это не повлечетъ за собою ущерба, такъ какъ искусственное замедленіе функціональнаго развитія въ слѣдующіе годы вскорѣ наверстается. Правда, ребенокъ, быть-можетъ, начнетъ нѣсколько позже говорить и ходить, и у него первоначально будетъ менѣе оптическихъ, акустическихъ и тактильныхъ образовъ воспоминанія, но зато ребенокъ пріобрѣтаетъ весьма цѣнный для періода физическаго развитія кладъ, заключающійся въ продолжительномъ и здоровомъ снѣ.

Заблаговременно слѣдуетъ дѣйствовать въ томъ направленіи, чтобы побороть патологическіе взрывы аффектовъ, сказывающіеся въ бурныхъ движеніяхъ, какъ-то: въ топаніи ногами, въ размахиваніи руками, въ паданіи на полъ, или-же въ непомѣрномъ крикѣ, въ патологическомъ упрямствѣ, въ неповиновеніи или нежеланіи отвѣчать. Противъ этого—самое простое средство: сейчасъ уложить дѣтей въ постель, такъ какъ всякое противорѣчіе, всякое увѣщеваніе, подобно тѣлесному наказанію, только усили-

ваютъ патологическое состояніе. Если эта мѣра окажется недѣйствительной, то слѣдуетъ посадить ребенка въ теплую ванну и слегка поливать его прохладной водой и, затѣмъ, уложить въ постель. Тогда состояніе возбужденія скоро проходитъ, ребенокъ засыпаетъ и, проснувшись, безъ усилія подчиняется вліянію воспитательнаго внушенія. Послѣ того какъ эти мѣры примѣнялись съ успѣхомъ нѣсколько разъ, достаточно игнорировать состояніе возбужденія и оставить дѣтей однихъ: въ теченіе короткаго времени они приходятъ въ себя. Родители и воспитатели, на обязанности которыхъ лежитъ побороть и устранить подобныя проявленія, должны прежде всего себѣ уяснить, имѣется-ли дѣло съ патологическими состояніями, или-же они представляютъ собою послѣдствія неправильнаго отношенія къ дитяти. Если, послѣ тщательнаго ознакомленія съ семейной и индивидуальной жизнью, врачу приходится предположить второе, то тогда должны быть примѣнены мѣры болѣе энергичныя для искорененія упрямства и неповиновенія, чѣмъ у дѣтей—невропатовъ. Тѣлесныя наказанія не должны имѣть мѣста, такъ какъ бывали случаи, что они вызывали очень прискорбныя послѣдствія (напр. эпилепсію).

Для правильнаго веденія воспитанія, необходимо одно важное условіе: воспитывающій долженъ всегда сохранять полное самообладаніе и не приходить въ ярость, не смотря на неодобрительное поведеніе ребенка. Всякое нецѣлесообразное и несоразмѣрное наказаніе, налагаемое нерѣдко для удовлетворенія собственному аффекту гнѣва, дѣйствуетъ въ высшей степени неблагопріятно на развитіе характера дѣтей здоровыхъ, а у больныхъ вызываетъ ухудшеніе патологическаго состоянія. Кто не можетъ объективно относиться къ болѣзненнымъ проступкамъ дѣтей, къ неповиновенію и шалостямъ ихъ, долженъ отказаться отъ воспи-

тательной дѣятельности. По наблюденіямъ, родители, даже не невропаты, подвергаются сильному душевному возбужденію по причинѣ неодобрительнаго поведенія ребенка и, вслѣдствіе этого, теряютъ способность правильно и сознательно относиться къ нему. Въ подобномъ положеніи дѣла, родители поступятъ раціонально, если поручатъ воспитаніе своихъ дѣтей лицамъ, спеціально себя этому посвятившимъ.

Относительно интеллектуальныхъ способностей и умственнаго развитія дѣтей-невропатовъ, ограничусь лишь замѣчаніемъ, что между ними нѣкоторыя отличаются преждевременнымъ или неравномѣрнымъ развитіемъ, другія—негармоничнымъ развитіемъ душевныхъ способностей (напр. замѣчаются односторонія способности счисленія, необыкновенное развитіе памяти, музыкальныя дарованія, усиленная дѣятельность воображенія съ наклонностью къ писанію стиховъ),—между тѣмъ какъ большинство изъ нихъ обнаруживаетъ замедленное или даже недостаточное развитіе интеллектуальныхъ способностей.

Родители, замѣтивъ первые признаки болѣзненнаго состоянія, обязаны, немедленно, предоставить полный покой мозгу ребенка, хотя бы это не соотвѣтствовало ихъ планамъ и желаніямъ ребенка; но это необходимо, такъ какъ непринятіе соотвѣтствующихъ мѣръ можетъ имѣть слѣдствіемъ дальнѣйшее развитіе невропатическаго состоянія въ тяжелую неврастенію, или даже въ ясно выраженное психическое разстройство.

Правильное воспитаніе несомнѣнно отразится благопріятно на численности неврастениковъ.

Литература.

Ajello (S). La neurastenia: cura con l'iperbiotina Malesci. Gaz. med. Sicil. Catania. 1900, III, 50—51; 52—60; 67—69.

Alessi. Contributo allo studio della parestesie nei neurastenici. Gaz. d. osped. e della cliniche, Milano, 1896, № 7. 748—750.

Allen (H. B.). Neurasthenia. St. Paul. M. J., 1900, II, 692—695.

Altabas (J). Siglo méd., Madrid, 1895 mars.

André. Клиническій обзоръ болѣзней нервной системы. 1898.

André. (M.). Die Dyspnee der Neurastheniker. Centrlblt. f. Nervenheilk. 1900. 532.

Angelo Dal Fabro.—Neurastenia gastro-sympatica con marasmo progressivo. XIII. Cong. internat. de Méd., Sect. de Pathol. interne, 1900, Paris. 1901, Compt. rend., 792—799.

Anjel. Experimentelles zur Pathologie und Therapie der cerebralen Neurasthenie. Arch. f. psychiat., 1884. XV, 618—632.

Apostoli (G.).—Sur quelques formes de neurasthénie. Bull. Acad. de Méd., 1898., janv.

Apostoli et Planet. Deuxième note sur le traitement électrique de la neurasthénie chez les hystériques. Ann. d'électrobiologie. 15 Mai 1898.

— Troisième note sur le traitement électrique de la neurasthénie chez les hystériques. Ann. d'Electrobiologie. 15 Sept. 1898.

Arcari (G). Sulla neurastenia. Bull. d. Comit. med. Cremonese, 1887, VII, 200—247.

Arcoleo (E.). Su di un caso di folia del dubbio in soggetto neurastenico. Contributo clinico allo studio dei disturbi psichici della neurastenia. Morgagni, 1894, XXXVI, 433—443.

Arndt (Rudolf).— Die Neurasthenie (Nervenschwäche). Ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung vom anatom. physiol. Standpunkte für Aerzte und Studierende. 1885. Wien.

D'Aulnay. De l'enveloppement humide contre l'insomnie des neurasthéniques. Rev. de thérap. méd.-chir., 1897, LXIV, 182—186.

Ausset. Hématémèses chez un neurasthénique. 3-ème Cong. franç. de Méd., Nancy, 1896 Août 6—10.

— Du pseudo-tabes neurasthénique. Gaz. hebd. de Méd. 1894, XLI, 480—485.

— Des hémorrhagies dans la neurasthénie. Rev. de méd. № 9, p. 657. 1897.

Averbeck (H.).—Die akute Neurasthenie, die plötzliche Erschöpfung der nervösen Energie: ein ärztliches Kulturbild. Deutsche Med. Ztg., 1886, VII, 293, 301, 313, 325, etc.

Babes (V.). Mittheilungen über die Behandlung der Neurasthenie, Melancholie etc. Med. Wochenschr., 1893, XIX, 279 —280.

Bacci (S). Influenza della Neurastenia sulla funzione renale. Pratico, 1892—3. II. 85—88.

Ballet Gilbert et Delherm. Clonus du pied chez un neurasthénique. Rev. de neurol. 1903.

Baquis e Baduel. Su alcuni interessanti fenomeni oculari subbrettivi, verificati in Soggetti neurastenici. Riv. Sper. di Freniatria. 1894. XX, 23—54.

Bardet. Neurasthénie et médication phosphorique. N. Remèdes, 1901, XVII. 1—23.

Bartlett. Neurasthenia. Bost. M. a. S. J., 1895, CXXXII, 348—351.

Barucco. Die sexuelle Naurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane. Berlin. 1899.

Batuaud. La Neurasthénie génitale féminine. 1903. Rev. des maladies de la nutrition. Tome I. № 1. 1903. 16—28.

Beard. Die sexuelle Neurasthenie. 1885.

— Die Nervenschwäche (Neurasthenie): ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. 1880.

— La neurasthénie sexuelle: hygiène, causes, symptômes, et traitement. Paris, 1895.

Бехтеревъ. О малоизвѣстныхъ отраженныхъ явленіяхъ при нервныхъ болѣзняхъ. Неврол. Вѣстникъ. 1895.

— Роль внушенія въ общественной жизни. 1898.

— Неперенослпвость или боязнь чужого взгляда. Обозрѣніе психіатріи. 1900 № 7.

Бехтеревъ. Объ объективныхъ признакахъ мѣстной гиперестезіи и анестезіи, наблюдаемыхъ при такъ называемыхъ травматическихъ неврозахъ и при истеріи. Обозр. психіатріи. 11; 1899 г.

— Основы ученія о функціяхъ мозга. 1903.

— О навязчивой рвотѣ. Обозрѣніе психіатріи. 1900.

— О болѣзненномъ страхѣ профессіональнаго характера. Боязнь великаго выхода у священниковъ. Обозрѣніе психіатріи. 1902 г. № 10.

— Психопатія и ея отношеніе къ вопросу о вмѣненіи. 1886 г.

— О феноменѣ колѣнной чашки. Невропатол. и психіатр. наблюденія. 1900.

— Объ объективныхъ признакахъ разстройствъ чувствительности при такъ называемыхъ травматическихъ неврозахъ. Обозрѣніе психіатріи. № 1. 1901 г.

— Еще нѣсколько словъ объ объективныхъ признакахъ гиперестезіи при травматическихъ неврозахъ. Обозр. психіатріи. 1900. № 3.

— Боязнь покраснѣть. Невропатологическія и псих. наблюденія. 1900.

— Дальнѣйшія наблюденія надъ боязнью покраснѣть. Невропатол. наблюденія. 1900.

— О нарушеніи обмѣна веществъ при неврастеніи. Невролог. и псих. наблюденія. 1900.

— Лечебное значеніе гипноза. 1900.

— О навязчивой улыбкѣ. Невропатол. наблюденія. 1900.

— V съѣздъ русск. врачей въ память Пирогова 1893. Дек. 23.

Becker. Ein Fall von neurasthenischem Schütteltremor nach Trauma. Münch. Med. Wochenschr., 1900, № 10, 315—317.

Belloni. Anagnosiastenia e mutiomo in un suggetto neurastenica. Ann. di nevrol. 1897, XV. 62—71.

Benda. Neurasthenischer Hunger. Deutsche med. Woch. № 13. 1898.

Benedikt. Ueber Neurasthenie. Wien. Med. Bl., 1891. No. 3, XIV. 33, 83.

— Zur Therapie der Neurasthenie und der funktionellen Neurosen überhaupt. Inter. Klin. Rundschau, 1891, V, 177—182.

Berbez. L'anurie hystérique. Gaz. hebdomad. 29 Iuin, p. 507. 1898.

Berger. Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Ihr Wesen, ihre Ursachen und Behandlung. 1887.

Berillon. Neurasthénie grave traitée avec succès par la suggestion hypnotique. Rev. de l'hypnot. et psychol. physiol., 1889—90, IV, 336—338.

— Les neurasthénies psychiques: phobies neurasthéniques envisagées au point de vue professionnel. Rev. de l'hypnot. et psychol. physiol. 1894—5, IX, 33—41.

— Les phobies neurasthéniques: leur traitement. J. d. praticiens, 1894, IX. 167.

Bernard. Tympanite hystérique et tympanite neurasthénique. Gaz. hebd. de Méd. 1900, XLVI, 229—231.

Bernheim. Une observation sur la maladie de Krieshaber. 1903. Budapest. med. Wochensch.

Bernuchon. Contribution à l'étude des blennorrhagies des muqueuses dans la neurasthénie. Th. de Doct., Bordeaux, 1896.

Bert. Contribution à l'étude des hémorrhagies multiples d'origine hystérique. Paris, Th. de Doct., 1901.

Бертенсонъ. Лечебныя воды. 1901.

Bertran. Action analgésique et sédative de la main appliquée en position hétéronome, principalement dans les algies des sujets hystériques et neurasthéniques. Congrès de Moscou, 1897.

Bianchi. Sulla impotenza neurastenica. Arch. di psicopat. sess., 1896, I, 129—147.

— Impotenza per neurastenia sessuale. Gior. p. i. med. per. giud. ed aff. san., 1897, I, 3—19.

— Ann. di Neurol., 1897, XIV, fasc. I, II.

Bichebois. Contribution á l'étude de l'idée de grossesse; trouble psychopathique. 1903. Thèse de Nancy.

Bidon. Dégénérescence et neurasthénie. Cong. des Al. et Neurol. Marseille. 1899.

Biernacki. Zur Aetiologie der functionellen Neurosen (Hysterie und Neurasthenie.) Neurol. Centralbl., 1898, XVII, 250—261.

Binet-Sanglé. La maladie de Blaise Pascal. Ann. medico-psychologique. 1899.

Бинэ и Анри. Умственное утомленіе. 1899.

Binswanger. Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. 1898.

— Die Hysterie. H. Nothnagels spec. Pathol. u Therapie XII. I Hälfte 2. Abt. 1904.

Bishop. Neurasthenia. Nat. M. Rev., Wash., 1897—8, VII, 375—380.

— Faugeres L., A study of the symptomatology of the neurasthenia in Woman. Med. News. Vol. 71. p. 71. 1897.

Blocq. La neurasthénie et les neurasthéniques. Gaz. d. hôp., Paris, 1891, LXIV, 425—434.

— Sur un syndrôme caractérisé par la „topoalgie“ (neurasthénie monosymptômatique, forme douloureuse). Gaz. hebd. de Méd., 1891, XXVIII, 256—259; 268—271.

Blum. De l'hystéro-neurasthénie traumatique (Railway-spine)., 1893.

Boaïadjieff. La neurasthénie chez les enfants. Thèse-Bordeaux, 1899.

Boisseau du Rocher. De la franklinisation interne dans le traitement de la neurasthénie. Neurasthénie stomacale. 1892.

Boissier e Lachaux. Saggio sopra la neurastenia e la melancolia nei loro rapporti reciproci e le idee fisse. Gior. internaz. d. Scienze med., 1893, XV, 563.

Boissier. Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives, considérées dans leurs rapports réciproques. Thèse de doct., Paris, 1894.

Bonnefoy. Quelques observations d'insomnie rebelle traitée par la franklinisation 1902, Arch. d'électr. méd. 15 mai, 286.

Bordaries. Contribution à l'étude de la neurasthénie. Bordeaux, 1890,

Bordier. Руководство по электротерапіи. 1900.

Bordoni. Un caso di neurastenia circolare a forma alternante quotidiana. Atti di Accad. d. fisico critici, 1897, VIII, 311—319.

Боришпольскій. Обзоръ работъ по леченію дрожаніемъ. Обозрѣніе психіатріи № 12. 1897.

Botey. De la paresthésie pharingo-laryngienne et nasale chez les neurasthéniques. Rev. de laryngol., 1894, XIV, 818—824.

Boettiger. Ueber Neurasthenie und Hysterie und die Beziehungen beider Krankheiten zu einander. Münch. med. Woch. № 21. p. 554. 1897.

— Ueber die Hypochondrie. Arch. f. psych. 1898. Bd. 31.

Bouras. Du pseudo-tabès neurasthénique. Thèse. Bordeaux. 1888—1889,

Bouveret. La Neurasthénie. 1902.

Brassert. Ueber Erröthungsangst. Neurolog. Centrlbl., 1899, No. 18.

Brauns. Die Neurasthenie, ihr Wesen, ihre Ursachen, Behandlung und Verhütung. Wiesbaden, 1891.

Bremer. Traumatic neuroses in court. J. Am. M. Ass., Chicago. 1894, XXII, 50—53.

Brezosa. La neurasthenia como complicacion en los traumatismos de guerra. Rev. de San. mil., Madrid, 1898, XII, 373.

Bride. Some circulatory and sensory disorders of neurasthenia. Alienist. a. neurol., St. Louis, 1889, X, 53—61.

Brower. J. Am. M. Ass., Chicago, 1901, XXXVI, 232—234.

Brush. Lithemic neurasthenia. Brooklyn. M. J., 1893. VII, 666—671.

Buccelli. Patologia e terapia della Neurastenia. Il Policlinico, Roma, 1897, No. 12.

De Buck. Relation d'un cas de neurasthénie d'origine traumatique. Ann. Soc. de méd. de Gand, 1889, LXVIII, 29—35.

Buxbaum. Lehrbuch der Hydrotherapie. 1903.

Cantani. Neurastenia. Morgagni, Milano, 1890. XXXII, p.681.

Cappelletti. Contributo allo studia della Neurastenia infantile. 1903. Riforma Med. № 17.

Carrière. Un cas d'anurie neurasthénique. Gaz. hebd. 16 Iuin. 1898.

Castellarnau. Nervosismo cronico, predominando la neuralgias y el marasmo nervioso: curacion por la hidroterapia. Bol. de hidroterap. Barcel., 1895—6. I. 98.

Cautru. De l'acidité urinaire dans la neurasthénie. Bull. gén. de thérap., 1900, 816—823.

— L'appareil circulatoire chez les neurasthéniques au point de vue du régime alimentaire et du traitement. Bull. gén. de thérap. 1901. 308.

Cestau. De l'abasie neurasthénique. Arch. méd. de Toulouse. 1897. 177, 200.

Chahinian. La neurasthénie liée aux trois grandes étapes génitales de la femme. Bordeaux. Th. de Doct., 1899.

Chappel. Neurasthenia and neuralgia from traumatism etc. Med. Rec., N. Y., 1890. XXXVII, 522—524.

Charcot. Sciatique. Neurasthénie et hystérie. Semaine méd., Paris, 1888. 465—466.

Chéron. Injection de serum artificiel contre la neurasthénie. 1903. Bull. méd. de Paris № 18. p. 159.

Chiais. Les eaux d'Evian dans l'arthritisme, la neurasthénie, la goutte. Paris, 1896.

Clarke. A case of neurasthenia with anacidity of the gastric juice. Brit. med. journ. II. p. 1869. 1898.

Claus. Trional und Schlaflosigkeit bei Neurasthenie. Wien. klin. Rundschau, 1895, IX, 324—325.

Clausse. Contribution à l'étude de la neurasthénie. Thèse de doct., Paris, 1891.

Cleaves. Franklinization as a therapeutic measure in neurasthenia. J. Am. M. Assoc., Chicago, 1896, XXVIII, 1043—1052.

Coe. Neurasthenia. Med. Sentinel, Portland, Oreg., 1894. II, p. 382.

Cohn. Archiv für Augenheilkunde. 1882.

Collineau. Le traitement de la neurasthénie. Gaz. des Hôpitaux 1899, № 37, p. 342.

Collins (J.) a. Phillips. The etiology and treatment of neurasthenia. An analysis of three hundred and thirty-three cases. Med. Rec;. N. Y., 1899, 413—422.

Corning. Exhaustion of brain-energy. Med. Rec., N. Y., 1883, XXIII, 375—376.

Cosma. Ueber die subkutanen Injectionen mit Serum Truneeek bei Neurasthenie etc. 1903 Spitalul № 4 и 5.

Courjon. La neurasthénie. J. de la Santé, Paris, 1895, XII, 491—492: 1896, XIII, 149—151.

Courtade. Des troubles vésicaux d'origine neurasthénique et de leur traitement par l'électricité. XIII. Cong. internat. de méd.. Sect. de chir. urin. 1900 Paris, 1901 Compt. rend.. 314—318.

Cowen. Diagnostic differentiel de la Nevropathie cérébrocardiaque-Neurasthénie. 1903. The journ. of mental science. Feb.

Cowles. Neurasthenia and its mental symptoms. Bost. M. a. S. J. CXXV, 49—52; 73—76; 97—100; 125—128; 153—157; 181—186; 209—214.

Crothers. Neurasthenie als Ursache zur Trunksucht, Centrlblt. f. Nervenheilk. 1883. VI. p. 233.

Daly. Some discursive remarks based upon a few observations of the intimate relations of chronic diseases of the upper airtract and neurasthenia. XI Annual Congr. of amer. laryngol. Assoc., Washington 1889.

— The wakefulness of neurasthenia as affected by a residence at the sea-side: and its successful management and cure. VI ann. Meeting of Am. Climatol. Assoc., Boston. 1889.

Dana. On a new type of neurasthenic desorder, angio-paralytic or „pulsating neurasthenia". J. Am. Med. Ass., Chicago, 1895, jan. 26.

— On the pathology and treatment of certain forms of nerveweakness. Med. Rec., N. Y., 1883, XXIV, 57—62.

Davis. Neurasthenia and auto-infection. Med. Record. N. Y., 1898. LIV, 625—627.

Deale a. Adams. Neurasthenia in young women. Am. M. J., N. Y., 1894. XXIX, 190—195.

Déjérine. Un cas d'hystéro-neurasthénie 1902. Journ. de méd. Interne 1-er Octobre No. 19 p. 189.

Déjérine et Vialet. Sur une forme spéciale d'hémianopsie fonctionnelle dans la neurasthénie et la névrose traumatique. C. R. Soc. de biol. Paris, 1894. 10 s., I, 626—629.

Delmis. Du traitement de la neurasthénie. Gaz. d. Hôp., 1896. No. 51, p. 524.

Delporte. Neurasthénie infantile. Etude médico-psychologique sur les altérations du caractere chez l'enfant. Paris. Th. de Doct. 1901.

Deram. Neurasthenia. Text book. Nerv. dis. Am. Authors (Dercum) Phila., 1895, 51—86.

Dercum. Neurasthenia essentialis and neurasthenia symptomatica. Alienist. and Neurologist. Vol. 18. № 4 p. 465. 1897.

— Hypochondria. Philad. Med. Iourn. Vol. 9, p. 283. 1902.

Desseaux. Neurasthénie grippale, traitement par l'hydrothérapie. Normandie méd., Rouen. 1894. XVIII, 45—48.

Dewey. The treatment of neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago, 1901, XXXVI, 234.

Dignat. L'appareil circulatoire chez les neurasthéniques au point de vue du régime alimentaire et du traitement. (Discussion). Bull. gén. de thérap. etc., 1901, CXLI, 380—381.

Donath. Abgrenzung der Neurasthenie von der Hysterie und der Dementia paralytica etc. Wien. med. Wochnschr., 1895, XLV, 1097; 1143.

Donnfibli. Idee fisse e neurastenia. Riv. di Patol. nervosa e mentale, 1898—9 vol. IV. p. 93. 4 leçon.

Dorliat. Contribution à l'étude de la neurasthénie envisagée spécialement au point de vue de son étiologie et de ses rapports avec la médecine légale. Paris, Thèse de doct. 1897—8.

Dornblüth. Die Behandlung der Neurasthenie. Münch. Med. Wochnshr. 1900. No. 3, p. 74—77.

— Nervöse Anlage und Neurasthenie. Leipzig. 1896.

— Neurosen infolge von Syphilis. Münch. med. Woch. № 8. 42, 1897.

Dubois. Troubles de la sensibilité dans les états neurasthéniques et melancoliques. 1903. XIII congr. des Méd. alien. et neurol. Bruxelles.

Duchemin. Comment on devient neurasthénique. Hyg. usuelle, Paris, 1900, VI. 40—43.

Ducoste. Etats neurasthéniques et Neurasthénie. 1902. Rev. neurol. No 16 Août 31. p. 821.

Ducroux. Contribution à l'étude de la neurasthénie. Paris, thése de doct.,

Dufour et Roques de Fursac. Neurasthénie et capsules surrenales. R. N., 1899, p. 899.

Dujardin-Beaumetz. Sur le traitement de la neurasthénie avec dilatation de l'estomac. Bull. Soc. de Méd. Prat., Paris, 1889, 803—813.

— Ueber Magenerweiterung als Ursache der Neurasthenie. Berlin. Klin. Wochnschr. 1890. p. 31.

Dunin. Ueber periodische, circuläre und alternierende Neurasthenie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhk., XIII p. 147. 1898.

Dutil. Neurasthenie. 1903. Traité de pathologie mentale d'Albert Ballet.

Eisenlhor. Differentialdiagnose der Anfänge der Tabes und der spinalen Neurastheuie. Hambg. ärztl. Verein. 1883, 29 mai, p. 331.

Elsner. The pathologic factors of neurasthenia. New-Iork. med. journ. Bd. 65 p. 491.

Emmel. Neurasthenie: deren Wesen, Verlauf und Heilung durch die Naturheilmethode: Freiwaldau, 1892.

Erb. De la nervosité croissante de notre temps (Trad). Rev. scient., Paris, 1898, IX, 417—430.

Erben. Neues Pulsphänomen bei Neurasthenie. Wien. klin. Wchnschr., 1898, XI, 429.

Eskridge. (Traumatic neurasthenia). In: Some points in the diagnosis of traumatic injuries of the central nervous system. J. Am. M. Ass., Chicago, 1900, XXXIV, 579—584.

— Neurasthenia. Phila. M. J., 1900, VI, 493—498.

Etienne. Ecchymoses spontanées chez un neurasthénique. Société neurologique. Paris, 1899, Décembre 7.

Eulenburg. Die hydroelectrischen Bäder und Neurasthenie. 1883.

— Ueber coitus reservatus als Ursache sexualer Neurasthenie bei Männern. Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Path. der Harn. u. Sex. Org., 1893, IV, 3—7.

— Sexuale Neurasthenie, genitale Neurosen und Neuropsychosen der Männer und Frauen. Leipzig, 1894.

— Klinik der Harn-und Sexualorgane. 1894, 4. Abtheilung, s. 3.

Evans. Case of neurasthenia treated by hypodermic injections of nerve extract. Brit. M. J., 1893, II, 1321—1322.

Ewald. Die Neurasthenia dyspeptica. Berlin. Klin. Wochenschr., 1884, XXI, 321—324; 342—344.

Eyraud. Contribution à l'étude de la simulation de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Lyon, Thèse de doct., 1898.

Fabre. De l'hystéro-neurasthénie traumatique devant la loi dans les accidents de chemins de fer. Thèse de doct., Paris, 1893.

Fache. De la neurasthénie et son traitement par les exercices physiques. Lyon, thèse de doct., 1896.

Falco. Esamen degli occhi nella neurastenia. Gior. Med. d. r. esercito, 1900, p. 475.

Fauvet. Du traitement de la neurasthénie par l'isolement. Paris, Th. de Doct., 1897.

Federu. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie vornehmlich der Neurasthenie und Circulations-störungen. Leipzig. und Wien. 1894.

Féré. Contribution á la pathologie des rapports sexuels. Rev. de méd. № 8. p. 615. 1897.

Ferran. Les facilités curatives du traitement dosimétrique dans un cas grave de neurasthénie. Diagnostic confirmé par la radiographie. Dosimétrie, Paris, 1899, V, 156—159.

Fiessinger. Les stations pour neurasthéniques. Saint-Claude. J. d. Prat., 1901, XV, 94—95.

Fischer Emil und H. Mering. Ueber eine neue Klasse von Schlafmitteln. 1903. Die Therapie der Gegenwart. März.

Fleury. Traitement rationnel de la neurasthénie. Rev. méd.—chir. d. mal. d. femmes, 1893, XV, 529—539.

— Pathogénie et traitement rationnel de la neurasthénie. Trib. méd., Paris, 1895, XXXIV, 681.

— Pathogénie de l'épuisement nerveux. Rev. de méd., 1896, Février.

— L'excrétion urinaire chez les neurasthéniques. Bull. gén. de thérap., 1900, CXL, 728—748.

— L'état mental des neurasthéniques et son traitement. Bull. gén. de thérap., 1900, CXL, 332—345.

— Les grands symptômes neurasthéniques. 1902.

— Injections salines dans le traitement de la Neurasthénie. 1903. Revue de méd. № 11. P. 130.

— L'etat mental neurasthénique. Arch. gén. de Médecine. II. № 47. p. 2962. 1904.

Flitermann. Neurasthenia. Physician & Surg. Detroit & Ann. Arbor, 1898, XX, 402—409.

Flora. Sulla reazione electrica miastenica e di esaveimento. Riv. critica di Clinica medica. 1900, No. 21.

Font. Die Behandlung der Neurasthenie und Hysterie durch Isolirung und Wachsuggestion. Centrlbl. f. Nervenheilk. 1900, XI Bd. p. 328.

Форель. Гипнотизмъ и леченiе внушенiемъ. 1905.

Fornara. Un caso singolare di topoalgia neurasthenica. Morgagni, Milano, 1892, XXXIV, 712—747.

Fournier. Neurasthénie d'origine syphilitique. Bull. méd., 1893. VII, 891—899; 911—914.

Foveau de Courmelles. La neurasthénie: formes diverses et af, fections neurasthéniformes; guérison ou amélioration par les courants électrostatiques. Cong. internat. de neurol., de psychiat. (etc.), 1897. Brux., 1898, I, fasc. 2, 107—112.

— De l'inversion de la réaction céphalogalvanique et de la diffusion des courrants électriques chez les Neurasthéniques. 1902. Acad. de méd. 29 Juillet.

— De la lumière en thérapeutique nerveuse et la Neurasthénie. 1903. XIII Congr. des méd. alien. et neur. 1—8 Aout. Bruxelles.

Freudenberg. Ueber amoniakalische Reaction des Harns bei Phosphaturie, sowie über Phosphaturie und Amoniurie als objektive Symptome der Neurasthenie. 1903. Deutsch. Med. Wochensch. № 38.

Frey. Brush—Massage. Iourn. of. Nerv. and. Ment. Dis. № 1. p. 24. 1901.

Friedmann. Ueber neurasthenische Melancholie und hypodermische Injectionen. Deutsche med. Wochenschr., 1893, July 27, No. 30, 712.

Fruitier. Contribution à l'étude du vertige auriculaire et de ses rapports avec la neurasthénie. 1902. Thése de Doct.

Fuller. Is sexual neurasthenia in the male as frequent as is commonly supposed? Medical Record. LIII. p. 187. 1898.

Gallois. Sur la polyétiologie de la neurasthénie et sur ses relations avec l'hystérie. Bull. gén. de thérap. etc. 1900, CXL, 858—865.

Gaboriau. Du surménage intellectuel et de son traitement preventif par l'emploi du phosphure de zinc etc. Thèse de Paris 1897.

Galvagni. Gastrectasia neurastenica. Gazz. d. osped., Milano, 1899, No. 76. 809—811.

Ganser. Die neurasthenische Geistesstörung. Centralbl. f. Nervenheilkunde, 1899, p. 71.

Garbini Guido. Phobies et obsessions des neurasthéniques. 1902 Riv. sperim. di Freniat. e med. leg. di alien. Vol. XXVIII p. 40—47.

Garel. De la parésie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie. Arch. internat. de laryngol. etc. 1897. X, 237—245.

Gattel. Ueber die sexualen Ursachen der Neurasthenie. Berlin. 1898.

Gayle. Neurasthenia. Texas Med. J., Austin, 1900, XVI. 114—117.

Gehring. Neurasthenia. J. Med. & Sc., Portland, 1897—8, IV, 453—462.

Герценштейнъ. Водолеченіе. Энциклопедическій словарь. Томъ VI.

Германъ. Медицинское обозрѣніе. 12. 1897.

Gilles de la Tourette. Révision nosographique des états neurasthéniques. Semaine médicale. 1898. p. 33. № 5.

Girone. Patogenesi della Neurastenia. Aversa, P. Castaldi, 1890.

Glorieux. Hystérie ou neurasthénie traumatique (Railway spine-Railway brain). Policlin., Brux.. 1899. VIII, 85—94.

— Comment faut-il traiter les neurasthéniques. Policl. XI Année. 1 Avril, p. 145—152. Bruxelles. 1902.

Goldscheider u. Iacob. Handbuch de physikalischen Therapie. 1901.

Gorham. Ueber das Wesen und die Behandlung der erworbenen Neurasthenie. Intern. Klin. Rundschau. 1889. III, 2052, 2089, 2137.

Graham. The treatment of neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago, 1901, XXXVI. 234.

— Spinal irritation and neurasthenia. Bost. M. a. S. J., 1884, CX, 471.

Grandclement. Essai sur la neurasthénie. Quelques considérations sur ses symptômes oculaires et sa pathogénie. Lyon, thèse de doct., 1894.

Granier. La Neuropathie cérébro-card. (ou maladie de Krieshaber) 1903. Thèse de Montpellier.

Grasset et Rauzier. Hémi-neurasthénie post-hémiplégique. Traité pratique des maladies du système nerveux. Montpellier, 1894.

Grasset. Sur quelques points relatifs à l'etiologie et à la symptômatologie de la neurasthénie. Ann. de psychiat. et d'hypnol., Paris, 1891, 311—318; 330—336; 365—376.

Grasset & Rauzier. Neurasthénie. Hystéro-neurasthénie. 1903. Traité pratique des maladies nerveuses. Vol. II P. 460.

Gray. Neurasthenia: its differentiation and treatment. N. York M. J., 1888, XLVIII, 421—425.

Greene. Neurasthenia: its causes and its home treatment. Med. Communicat. Mass. M. Soc., Bost., 1883, XIII, 155—166.

Gritzman. Du réflexe cremastérien et bulbo-caverneux dans la neurasthénie. Presse Méd., 1896, Déc. 12, No. 102, p. 669—670.

Grocco. Sulla cura della neurastenia a Montecatini. Atti. d. XI Cong. med. internaz. 1894 Roma, 1895, VI idrol. e climatol., 28.

Grubi. Maladie Krieshaber. Rivista mensile di neurapatologia e psychiatr. 15 Oct. 1902. p. 897.

Guidi. La Neurasthénie auto-suggestive. 1902. Rivista mensile di neuropatologia e psychiatria.

Guyon. Rétentions d'urine de cause nerveuse et neurasthénie vésicale. Ann. d. Mal. d. Org. gén.-urin., 1891, 129—142.

Gyurkovechky. Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz. Wien 1889.

Haldor Sneve. Un cas de Myasthénie grave. 1902. Saint-Paul Médical Journal. Janv.

Hally. Contribution à l'étude de la céphalée des neurasthéniques. Thèse. Nancy. 1893—4.

Hart. Neurasthenia and its treatment by electricity. J. Electrother., N. Y., 1897, XV, 165—176.

Hartenberg. Sur la névrose d'angoisse. IV Congrès internat. de psychol., Paris, 1900, 20—25 Août.

— Névrose d'angoisse. 1902. Revue Neurologique. Nº 16. P. 775.

Harvey. The treatment of neurasthenia. Am. med. Surg. Bull., N. Y., 1896, X, 320—323.

Haskovéc. (La névrose traumatique.) Casop. lék. cesk. Praha, 1901, XL, 591—594.

Hayem. Sur un cas de chloro-dyspepsie avec neurasthénie. La méd moderne 1897 № 6.

— Troubles nerveux secondaires portant sur les fonctions de la nutrition. Presse méd., 1899. 26 août, № 68, p. 109.

Hecker. Zur Behandlung der Neurasthenisch. Angstzuständ. Berl. Klin. Wochnschr., 1892, XXIX, № 47. 1195—1199.

Hecker. Ueber larvirte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. Centralbl. f. Nervenh. und Psychiat., 1893. IV, 565—572.

Hedley. The insomnia of neurasthenia. Lancet, Lond., 1893, I, 1381.

Hegar. Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden, Stuttgart, 1885.

Heitler. Ovid—ein Neurastheniker. Wiener mediz. Presse. 1898. № 14, p. 543—546.

Hersman. The treatment of neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago, 1901, XXXVI, 234.

Higier. Ueber die Aetiologie und das Wesen der functionellen Neurosen. Krytyka lekarska. № 3—4. 1898.

Hirschkron. Die Nervenschwäche etc. 1893.

Hirt. Ueber Neurasthenie und ihre Behandlung. Wien. med. Presse, 1889, XXX, 1409—1413; 1448—1449.

Hoff. Zur medicamentösen Behandlung der Neurasthenie. Klin. therapeut. Wchnschr., 1900, № 37, 1214.

Hoflmayer. Ueber die Entstehung der Neurasthenie. Deutsch. Arch. f. Klin. Medecin, 1900, Bd. LXVI, S. 492.

Holst. Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie und ähnlicher allgemeiner functioneller Neurosen. Stuttg., 1883.

Holsti. De la frequence de la neurasthénie en Finlande, ses sumptômes et ses causes. Finska lakaresällsk. Bd. XXXIII.

Horsley. Traumatic neurasthenia. Med. Record, N. Y., 1897, LI, 429.

Hösslin-Hünerfauth. Handbuch der Neurasthenie bearbeitet von R. Hösslin-Hünerfauth, herausg. von F. C. Müller. Leipzig, 1893.

Houeix de la Brousse. Les ecchymoses spontanées dans la neurasthénie. Paris, Thèse de doct., 1898.

Huchard. De la neurasthénie. Union Méd., 1882, XXXIII, 978—989.

— Les neurasthénies locales. Arch. gén. de Méd., 1892, II, 641—650.

Hughes. Notes on neurasthenia. Alienist a. Neurol., St. Louis, 1880, I, 437—449.

— Note on the essential psychic signs of general neuratrophia or neurasthenia. St. Louis. Med. a. Surg. J., 1882, XLIII, 625—628.

Hutchinson. A report of three typical cases of neurasthenia. Med. Rec. N. Y., 1880, XVIII, 398—401.

Imbert de la Touche. Traitement de la neurasthénie par l'action combinée de l'électricité et de la médication hypodermique. C. R. Ass. franç. Av. d. Sc., Bordeaux, 1895, 24, p. 365.

Ingegnieros. Un caso de auto-castracion en un degenerado hereditario con neurastenia y sifilofobia. Semana med., Buenos-Aires, 1901, VIII, 73—74.

Ingelrans. L'hypéresthésie thermique des neurasthéniques. Echo méd. du Nord, Lille, 1900, IV, 247.

Jahn. Ueber Behandlung von Neurasthenien. Deutsche Med. Ztg., Berlin, 1885, II, 949—951.

Яновскiй. Курсъ общей терапiи, составленный по лекцiямъ проф. Яновскаго студентами Божовскимъ и Гороянцемъ.

Jendrassek. E. Ueber neurasthenische Neuralgien. 1902, Deutsche. Med. Wochensch. № 36 & 37.

Jewell. The varieties and causes of neurasthenia. J. Nerv. a. Ment. Dis., Chicago, 1880, VII, 1—16.

Johnson. Neurasthenia. Phila. M. Times, 1880—1, XI, 737—744.

Joire. Traitement de la Neurasthénie par la Photothérapie. Le Nord Méd. 15 Avril 1891.

Joseph. Ein Beitrag zur Neurasthenie. Deutsche Med. Ztg. Berl., 1891, XII, 493.

— Zur Aetiologie der Neurasthenie. Deutsche Med. Ztg., Berlin, 1892, № 49, 457—459.

Joteyko. La fatigue au moyen de l'Ergographe et des Ergogrammes, étude comparative de l'homme sain, le neurasthénique etc. XIII Cong. des. méd. alien. et neur. 1903. Bruxelles.

Kaan. Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellung und der primordiale Grübelzwang. Jahrb. f. Psychiat., 1892, XI, 149—194.

Kachperov. Quelques considérations sur l'étude de la neurasthénie. Paris Th. de Doct., 1897.

Карпинскiй. Самоотравленiе организма, какъ причина нервныхъ и душевныхъ заболѣванiй. Обозр. псих. № 1—2. 1902.

Kiernan. Jnter-complications of Neurasthenia (and hysteria). Journ. of the Amer. med. Assoc. p. 581. Sept. 1897.

— Amylaceous dyspepsia in neurasthenia. Therap. Gaz. 1897, XIII, 246—248.

— Neurasthenia and syphilis. N. Y. M. J., 1900, LXXII, 155—156.

Kiernan. Dietetics in neurasthenia. Med. Standard, Chicago, 1896, XVIII, 20—21.

Kinnear. Neurasthenia or neuro-stheniaete. Ther. Gaz., 1897, XVIII, 582—585.

Kirn. Ueber Diagnose u. Therapie der Neurasthenie. Irrenfreund. 1892—3, XXIV, 97—113.

Knapp. The nature of neurasthenia. American Neurolog. Association, Phila., 1896.

— Traumatic neurasthenia and hysteria. Acad. of Med. N. Y. 1897, 11 féb.

Knox. Neurasthenia. Occidental. M. Times. Sacramento, 1897, XI, 502—507.

Kobler. Die Neurasthenie bei den Landbewohnern. Wiener Med. Wochensch. № 26, p. 1237. 1903.

Königshoffer. Raideur de la convergence. 1903. La clinique ophtalmolog. p. 195.

Корсаковъ. Курсъ психіатріи 1901.

Kothe. Das Wesen und die Behandlung der Neurasthenie. Iena, 1894.

— Beiträge zur Behandlung der Neurasthenie. Med. Chir. Centralbl., Wien, 1895, XXX, 353—355.

— Zur klimatischen Behandlung der Neurasthenie. Deutsche Med.-Ztg., Berl., 1896, April 30.

Ковалевскій. Неврастенія и патофобія. Арх. психіатріи. 1885, VI, p. 49—53.

— Душевныя болѣзни 1905.

— Neurasthenie und Syphilis. Centralbl. f. Nervenheilk. und Psychiat. 1893.

Kraepelin. Die Diagnose der Neurasthenie. 1902, Münch. med. Wochensch. XLIX, p. 1641, № 40.

Krafft-Ebing. Ueber transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage. Irrenfreund, 1883, № 8.

— Ueber Neurasthenia sexualis beim Manne. Wien. Med. Presse, 1887, XXVIII, 161—201.

— Ueber eine seltene Form von Neurasthenia sexualis mit Zwangsvorstellungen. Internat. klin. Rundschau, 1892, VI, 426—471.

— Zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica und der Neurasthenia cerebralis. Festschrifft zur Feier etc. Heidelberg, 1892, 65—76.

— Ueber Vesania transitoria bei Neurasthenikern. Wiener mediz. Presse, 1896, Jan. 5, № 1, XXXVII.

Krafft-Ebing. Neurasthenische Geistesstörung. Deutsche Ztschrft. f. Nervenheilk., 1897, p. 495.

— Учебникъ психіатріи. 1897.

— La neurasthénie et les principales formes sous lesquelles elle se présente. Мед. Бесѣда. 1900, VI, 650—658.

— Nervosität und neurastheniche Zustände. 1900.

Krieshaber. Essai sur la Neuropathie cérébro-cardiaque ou maladie de Krieshaber. 1903. Thèse de Montpellier.

Krönig. Ueber die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. 1902, Leipzig.

Kucher. Die Nervenschwäche etc. Berlin, 1891.

Lafosse. Etude clinique de la céphalée neurasthénique. Paris, Thèse de Doct., 1887.

Lagrange. Физическія упражненія. 1896.

— Les neurasthéniques à Vichy. Rev. théorique et prat. d. Mal. de la nutrition, 1897, V, 19, 65, 158, 204, 281, 329, 385, 449, 586.

— L'hygiène musculaire des neurasthéniques. Rev. theor. et prat. des Mal. de la nutrition. 1898, VI, 321—327, 385—392, 472—479.

— L'emploi de l'exercice et du mouvement dans le traitement de la Neurasthénie. 1903. Rev. des Malad. de la nutrition, № 9, Septembre P. 377—406.

Lalanne. Des états anxieux dans les maladies mentales. 1902, Revue Neurologique, № 16, 31 Août, p. 756.

Lallemand. Des pertes séminales, Paris, 1835—45.

Langovoï. Deux cas de névrose du canal gastro-intestinal. Journal clinique 1900, II, № 7, 1—19. Ref.

Laufer. Neurasthénie paludéenne, 1903, La Belgique Médicale, № 20.

Laura. Neurasthénie: clinique et thérapeutique. Dosimétrie, Paris, 1898, IV, 272—275.

Laurent. La neurasthénie et son traitement. Paris, 1895,

Lautraite. Neurasthénie et hémorrhagies des muqueuses. Paris, Th. de Doct., 1895.

Lefèvre. Les neurasthénies d'origine toxique. Ann. de psychiat. et d'hypnol., 1893, III, 69.

Lemesle. De la neurasthénie utérine. L'Anjou médic. V, 3, p. 57, 1898.

Lemoine. Etats Neurasthéniques. Impuissance génitale, 1903. Le Nord Médical, Lille, № 199, 15 Janvier, p. 15—60.

Lentz. Des rélations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie. Journal de neurol. et. d'hypnol., № 21, v. 5. XI. 1897.

Leopold-Levi. De quelques troubles vaso-moteurs au cours de la neurasthénie. Compt.-rend. Soc. de Biol., Paris, 1898, 10 s., V, 687—690.

Lermoyez. Vertige auriculaire chez un neurasthénique. 1902, Rev. Neurol.

Levilain. La neurasthénie, maladie de Beard. Paris, 1891.

— Cas de neurasthénie traité par la trépanation. Session de Clermont-Ferrand du 6 au 11 Août. Congrès des aliénistes et neurologistes de France.

Levy. Sur un cas singulier de neurasthénie viscérale d'origine grippale. Gaz. d. Hôp., 1893, LXVI, 664—666.

Liebmann. Spinal irritation and neurasthenia. Bost. M. a. S. J., 1884, CX, 460—462.

Linossier. Sur la variabilité des sécrétions chez les neurasthéniques. Bull. gén. de thérap., 1900, CXL, 826—830.

Llorens. Enfermedad fin de siglo: el nervosismo. Gaz. san. de Barcel., 1895, VII, 282, 322, 362, 402, 442.

Lockwood. Some illustrative cases of neurasthenia and a study of that condition with special reference to its causation and prevention. N. York M. J., 1891, LIV, 92—98.

Lodor. A study in the hematology of neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago, 1901, XXXVI, 1107—1109.

Loh. Die Neurasthenie und ihre Behandlung. Wiesbaden, 1890.

Lorchet. Traitement de la nenrasthénie. Méd. mod., 1896, № 99, 758.

Löwenfeld. Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. München. Med. Wochnschr., 1891, XXXVIII, 846, 877, 904.

— Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie.

— Ueber die Verknüpfung neurasthenischer und hysterischer Symptome in Anfallsform nebst Bemerkungen über die Freudsche Angstneurose. Münch. Med. Wochenchr., 1895, № 13, XIV, 282—285.

— Zur Lehre von den neurotischen Angstzuständen, Münchener med. Wochnschr., 1897, № 24—25.

— Sexualleiden und Nervenleiden, die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs, Prophylaxie und Behandlung der sexuellen Neurasthenie. Wiesbaden, 1898.

— Die moderne Behandlung der Nervenschwäche. 1904.

Lubetzki. La cause de la céphalée neurasthénique. Paris, Th. de Doct. 1899.

Luraschi. Il reposo e l'esercicio muscolare e psichico nella cura della neurastenia. Atti d. assoc. med. Lombarda, Milano, 1894, Mai-Juin, № 3, 203—214.

Luxenburg. Ueber die praktische Bedeutung der Blutuntersuchung bei Neurasthenischen. Medycyna, 26 (polnisch), 1898.

Luys. Neurasthénie. Bull. mens. de la clinique hypnothérap. de la Charité, Paris, 1892, avril. In: Ann. de Psychiat. et d'Hypnol., 1892—3.

— Neurasthénie. Bull. mens. de la clin. neurol. de la Charité, Paris, 1893, Ann. de psychiat. et d'hypnol., 1893.

— Neurasthénie traitée par les injections hypodermiques. Ann. de Psych. et d'Hypnol., 1893, p. 188.

— Neurasthénie; délire du toucher; manie de propreté. Bull. mens. de la Clin. neurol. de la Charité, Paris, In: Ann. de Psychiat. et d'hypnol. 1894, 31—32.

Luzzati. Les phobies neurasthéniques. Giornale della R. accad. di med., Torino, 1894, № 2, 487.

Maienfisch. Nervosität und Nervenschwäche. eine gemein verständliche Abhandulng für Gebildete aller Stände. Basel 1886.

Markoff. De l'hystéro-neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents du travail. Paris, 1901,

Martens. Prefacio a os neurastenicos. Med. contemp., Lisb. 1896, XIV, 38, 62. 69.

Martinet. La médication phosphorique dans la psychasth. 1903. La presse médic. № 93, p. 895.

Masse. Des differentes modalités de l'association Hystéro-Neurasthénique. Formes associées et dissociées. Bordeaux. Thèse de Doct., 1903.

Masselon. La démence précoce (Base neurasthénique), 1903.

Massey. Electro-therapeutic technique in the treatment of neurasthenia and nervous prostration. J Am. M. Ass., Chicago, 1895, XXV, 974—975.

— De la neurasthénie et de son traitement. Med. Rec. N. Y., 1896, XLIX, 833—835.

Mathieu. Neurasthénie et hystérie combinées. Progrès méd., 1888, VIII, 59—61.

— Neurasthénie (Epuisement nerveux). 1894, Paris.

— Neurasthénie et artério-sclérose. Gaz. d. Hôp., Paris, 1896. p. 1238—1239.

Meirowitz. A case of hereditary sexual neurasthenia. Post-Graduate, N. Y., 1900, XV, 66—67

Mélivier. Diagnostic des neurasthénies et traitement alcaloïdique des neurasthéniques. Dosimétrie. Paris, 1898, Avril, № 4, 88.

Melotti. Della neurastenia cerebro-spinale Ann. Univ. di med. e chir., 1883, CCLXII, 369—413.

— Paramyoclonus multiplex d'origine neurasthénique. Boll. d. sc. med. di Bologna, 1891, II, 103.

Mendel. Краткое руководство къ психіатріи. 1904.

Мендельсонъ. Электротерапія. Энциклопедическій словарь. Т. 40.

Mendini. Nevrastenia di origine otitica. Gior. med. d. r. esercito etc. 1900, XLVIII, 1151—1156.

Мержлинъ. St. Petersbourg. Med. Wochenschr. № 45, 1892.

Merlier. Etude clinique sur la neurasthénie d'origine syphilitique. Thèse de doct., Paris.

Merrit. Juvenile hysteria and neurasthenia. N. Y. M. J., 1900, LXXI 952—954.

Mesnard. Hémorrhagies des muqueuses viscérales dans la neurasthénie. Gaz. d. Hôp. de Toulouse, 1895, 259.

Mingazzini. Emorraggie nella Neurastenia. Riv. di Patol. nerv. e ment., 1897, vol. 2, 475.

Mirallié et Desclaux. Neurast. génital de l'homme. Communication, faite à Nantes 1903. Societé de Neurol. Nant.

Mitchell. Neurasthenia, hysteria and their treatment. Cihcago M. Gaz., 1883, I, 155. In: Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, 1884.

Moebius. Die Erblichkeit der Nervosität. Memorabilien Heilbr. 1881, I. 450—467.

— Die Nervosität. 1882.

— Zur Lehre von der Neurasthenie. Centralbl. f. Nervenheilk., 1883, VI, 97—99.

Молль. Гипнотизмъ. 1898.

Mondio. Neurasthenia in seguito da syfilis. Ann. d. Neurol., 1897, XV fasc., 5.

Montennis. Neurasthénie et arthritisme. J. d. Praticiens, 1894, VIII, 103—105.

Morselli. Sui rapporti fra la neurastenia e le psicosi. Gazz. degli ospedali 1894.

Morselli. Neurastenia e paralisi generale. Riv. veneta di scienze mediche, 1897, XIV, fasc. 3.

— La tuberculose dans l'étiologie et la pathog. des maladies nerveuses. Etude critique et experimentale. 1903. Gênes.

Mounier. Des troubles gastriques dans la neurasthénie. Paris, Thèse de doct., 1890.

Moutier. Du traitement de la neurasthénie par l'électricité à l'aide des courants alternatifs de haute fréquence. France méd., 1898, XLV, 34—37.

— I. De l'énergie vitale. II. De la contagion de la neurasthénie. III. De la fatigue matinale des neurasthéniques. IV. Des pseudo-neurasthénies à hypertension artérielle. Paris, 1901.

— Exposé sommaire du traitement de la Neurasthénie. 1902. Bull. off. des Sociétés Méd. d'Arrondissement Clermont (Oise), № 11, p. 379.

Müller. Ueber die hydropathische Behandlung der Neurasthenie. Centralbl. f. Nervenh. u. Psychiat., 1893, XVI, p. 344.

— Les neurasthénies locales. Arch. gén. de méd. 1893, p. 1568.

— Neue Erfahrungen auf dem Gebiet der hydropathischen Behandlung der Neurasthenie. Monat. f. pract. Balneologie, 1895, № 5.

Naecke. Die Rumination—ein seltenes und bisher kaum beachtetes Symptom der Neurasthenie. Neurolog. Centralbl., 1893, XII, 2.

Nammack. A case of traumatic neurasthenia. Med. Rec., N. Y., 1895, XLVIII, 821.

Natier. La neurasthénie et certaines affections du nez et de la gorge. La parole. Paris, 1899, 289—303.

— La rhinorrhée exclusivement symptômatique de neurasthénie. Son traitement. Parole, Paris, 1900, II, 321—349, 389—421, 482—504, 648—672.

Neff. Neurasthenia. Physician and Surgeon, Baltimore, 1896, october.

Neuschüler. Di un sintoma oculare nella neurastenia (Contributo alla diagnosi di neurastenia). Annali di oftalmologia, 1898, XXVII, 44—49, fasc. 1—2.

di Nola. Il dormiole nelle malattie nervosi. 1902. Il Policlinico 1 et 2.

Nypelseer. La neurasthénie. Rev. gén. clinique, Brux.. 1901, XV, 184—186.

Obersteiner. Гипнотизмъ и его клиническое и судебно-медицинское значение. 1887.

— Functionelle und organische Nervenkrankheiten. Wiesbaden, 1900.

Oddo. Neurasthénie circulaire à forme alternante quotidienne. Rev. de méd., 1894, XIV, 603—615.

Oefele. Die diätetische Behandlung nervöser Schlaflosigkeit resp. Arzneimittel. Heilkunde 1897. I. 675. 685.

Otis y Esquerdo. Patogenia variedades. profilaxis y terapeutica de la neurastenia, con exposicion de los casos practicos necesarios para confirmar la doctrina que se sustenta. An. r. Acad. de med., Madrid. 1897, XVII, 137.

— La neurastenia. Madrid. 1898.

Papillon. La neurasthénie prétuberculeuse. Arch. d. sc. méd. de Bucarest. 1900. V. 19—59.

Pardon. Contribution à l'étude des neurasthénies symptômatiques: de la neurasthénie d'origine cardiaque. Paris. Th. de Doct., 1895.

Parenteau. Des troubles oculaires dans la neurasthénie. Ar. méd., Paris. 1898, LXXXVI, 420—429.

Parisot. Neurasthénie et vieillesse. XIII-e Cong. internat. de Méd., Sect. de Neurol., Paris, 1900, 1901 Compt.-rend., 525—526.

— Quelques considérations sur la fièvre neurasthénique. V-ème Cong. de Méd. int., Lille, 1899, Juillet 28—Août 1-er.

Patricopoulo. Contribution à l'étude de la neurasthénie d'origine traumatique. Paris. Th. de doct., 1894.

Paul. Du traitement de la neurasthénie par la transfuison nerveuse. Bull. méd., 1892. VI, 155—161.

Pearce u Beyea. Neurasthenia: its correlation to the physiology and pathology of the female generative organs. The Philad. Polyclinic VII, 38, 1898.

Pearce. Further laboratory studies on uric acid in neurasthenia and on autointoxication in nervous disease. Am. Journ. of Insanity July, 1900

— The climatology of neurasthenia. Med. News, N. Y., 1901. LXXVIII. 130—131.

Pelizaeus. Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie. Deutsche Medic. Ztg., 1889. 4 April, p. 317, 329—332.

— Ueber artificielle Neurasthenie. Deut. medicin. Wchnschr., 1891, № 24. XVIII, 446—448.

Pelon. Le traitement des Neurasthéniques. 1902. Montpell. Méd. № 18, № 19, № 20.

Penta. Ancora sulla impotenza sessuale neurastenica. Arch. di psicopat. sess. 1896. I, 205—222.

Perci. L'acido urico nei neurastenici. Riv. di Patholog. nervosa e mental. 1900. Vol. V. p. 425.

Perrier. Neurasthénie; artério-sclérose. N. Montpel. méd., 1897, VI, 477—480.

Petit. Des rapports de la neurasthénie avec la scoliose et quelques autres difformités orthopédiques. Gaz. d. hôp., 1895, CXV, 1125.

Petren. Symptômes cliniques de la neurasthénie. Hygiea, Stockholm, 1899, № 10, p. 444.

— Ueber die Verbreitung der Neurasthenie unter verschiedenen Bevölkerungsklassen, nebst kürzeren symptomatischen Bemerkungen. Leipz., 1900.

Петровъ. Врачебный Вѣстникъ. 1900, стр. 672.

Peyer. Die Neurosen der Prostata. Berlin. Klinik., 1891, 38.

— Casuistische Beiträge zur Diagnose der Neurasthenia sexualis. Centralbl. f. Krankh. d. Harn. u. Sэx. Org., 1895, VI, 414—417:

— Ein Fall von Sckweiss—Neurasthenie: Beitrag zur Lehre von der sexuellen Neurasthenie. Centrbl. f. d. Krank. d. Harn u. Sex. Org., 1895, VI, 302.

Pfannenstiel. Neurasthenie och Hyeperacidität. Nord. med., Arch. 1891, Bd. XIII, № 17.

Pilcz. Sur les Psychoses et Neurasthénie chez les Juifs. 1902. Ann. medico-psycholog. Jan. p. 5.

Pisek. Neurasthenia cordis. Heart starvation. Wiadomosci lec., 1889, III, 432—437.

Pitres et Regis. L'obsession de la rougeur. Arch. de Neurol. Vol. III. № 13, 1897.

Платенъ. Новый способъ леченія.

Playfair. Die systematische Behandlung der Nervosität und Hysterie Berl. 1883.

Pollak. Zur Frage der „Nervosität" ein häufiges Symptom der Neurasthenie. Pest. med.-chir. Presse, 1880. XVI. 813.

Поповъ. Neurasthénie et Pathophobie. R. N., 1899, p. 501.

Pospischil. Schwere cerebrale und vasomotorische Neurasthenie. Bl. f. Klin. Hydrotherap., 1892, II, 205—218.

Pregowski. A propos de l'affection décrite tantôt comme neurasthénie périodique, tantôt comme psych. circulaire. 1903. Heidelberg.

Prince. Spinal irritation and neurasthenia. Bost. M. a. S. J., 1884. CX, 471—472.

Proust & Ballet. L'hygiène du neurasthénique. Paris, 1897.

Pulawski. Periodische Neurasthenie 1903. Zeitschr. f. Klin. Med. XLVI. p. 135.

Punton. Gynaecologic complication of neurasthenia. Western Med. Review. Lincoln, 1900, 15 féb.

— Neurasthenia. Kansas City M. Inder-Lancet, 1900 XXI, 15—19; 54—55.

Putnam. Spinal irritation and neurasthenia. Bost. M. a. Surg. J., 1884, CX, 471.

— Remarks on the psychical treatment of neurasthenia. Bost. M. a. S. J., 1895, CXXXII, 505—511.

Putzar. (Sur les rapports étroits de la neurasthénie avec la diathèse urique.) Berl. Klin. Wochenschr, 1896, № 15, p. 335.

Raecke. Ueber Hypochondrie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59, p. 390. 1902.

Ranney. Rational steps in the scientific treatment of nervous prostration. headache and neuralgia. Buffalo M. J., 1900, XXXIX, 719—727.

Ransom. Neurasthenia; its cure by thermo-therapy. Med. Rec., N. Y. 1895, XLVII, 364.

Raichline. (Diagnostic, prognostic et traitement de la neurasthénie syphilitique.) Deutsch. Arch. f. Klin. med., 1893, No. 41.

Rauzier. Deux observations sur la neuropathie cérébro-cardiaque (maladie Krieshaber). 1903. Recueilli à l'hopital général de Montpellier. Rev. Neurol., Juillet.

Raymond et Pierre Janet. Les obsessions et la Psychasthénie. 1903 Paris.

Regis. Neurasthénie et artériosclérose. Presse méd., 1896, 45—48.

— Les neurasthénies psychiques. Bordeaux, 1890,

— Neurasthénie et paralysie générale. Presse médicale, 7 avril 1897, № 28, p. 153.

Régnier. Bericht über die Behandlung der Neurasthenie. Centrlbl. f. Nervenheilk. 1898, XXI, April. p. 253.

— Traitement électrique de la Neurasthénie. 1903. Rev. Intern. thérap.-phys.; IV. № 5 p. 97.

Reinhard. Über Differentialdiagnosen der Anfänge der Tabes und der spinalen Neurasthenie. Aerztl. Verein. Hambg. 1883. Séance 29 Mai. p. 333.

Reynolds. Some remarks on the diagnosis and the treatment of neurasthenia. Med. Chron., Manchester, 1892—4, XIX, 25—31.

Ribas Perdigo. Tratamiento de la neurastenia. Gaz. med. catal., 1891, XIV, 513, 547, 579, 613, 644, 675.

Rich. Neurasthenia; general course and treatment. Calif. M. J., 1900, XXI, 279—284.

Richter. Die Neurasthenie und Hysterie. Deutsche. Med. Ztg. 1884, I, 405, 413, 425.

Riesman. Neurasthenia, its nature and treatment. Univ. M. Mag., Phila., 1895—6, VIII, 926.

— Physiologic treatment of neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago, 1896, XXVII, 963—964.

Riva. Sopra tre casi di neurastenia. Riv. sper. di Freniat., 1883, IX, 237—252.

Rivière. Contribution à l'étude clinique des aboulies et principalement de l'aboulie neurasthénique. Thèse de doct., Paris, 1891.

— Neurasthénie et spécialité. Province méd., 1897, XI, 439.

Robin. Traitemeut de l'état mental neurasthénique. (Discussion.) Bull. gén. de thérap., 1900, CXL, 497—500.

— Le traitement direct du Syndrome neurasthénique. Le traitement hydro-minéral. La cure d'altitudes. 1903. Rev. thérap., № 19, p. 654.

— Les dyspepsies et la neurasthénie. Les particularités de la neurasthénie d'origine gastrique. Le diagnost. 1903. Traités des maladies de l'estomac. Paris.

Robinson. Electro-therapeutic of neurasthenia. 1893.

— The electrical treatment of certain phases of neurasthenia. J. Nerv. a. ment. Dis., N. Y., 1893, XVIII, 33—38.

Rockwell. Some causes and characteristics of neurasthenia. N. York. M. J., 1893, LVIII, 589—591.

— Neurasthenia and its relation to other diseases. Med. Rec. N. Y., 1897, LI, 297—299.

— The functional neuroses, with special reference to neurasthenia; its pathology and treatment. Med. Rec. N. Y., 1898, LIV, 541—543.

— Neurasthenia. Med. Rec., N. Y., 1899, LV, 517.

Romme. La Neurasthénie et son traitement. 1902. La Presse Méd. № 24, 22 Mars, p. 283.

Roosa. Asthenopia as a forerunner of neurasthenia. Med. Rec., N. Y. 1897, LI, 765—766.

Rosenbach. Ueber nervöse Herzschwäche (neurasthenia vasomotoria). Breslau ärztl. Ztschr., 1886, VIII, 181—193.

Rosenbach. P. Über Neurasthenie. Neurolog. Centralbl. 1889. p. 214.

Rosenblath. Neurasthenie, hervorgerufen durch Einatmung von Xilol Dämpfen. 1902. Aerztl. Sachverständ. Zeitung. № 10.

Roubinovitch. Un cas de neurasthénie syphilitique. Bull. méd., 1899, № 145, 535—536.

Rouche. Les réflexes rotuliens et plantaires dans l'hystérie et la neurasthénie. 1902, Thèse de Doct. Lille.

— Hystéro-neurasthénie traumatique. 1902. Arch. de Neurol.

Roumenteau. Des ecchymoses spontanées dans les maladies du systéme nerveux. Paris. Th. de Doct., 1900.

Rucker. Neurasthenia. Tr. M. Soc. Calif., 1897, 246—250.

Rugard. Verlauf und psychisches Gemälde eines Nervenleidens. Ein Beitrag zur Nervenkunde. Bresl., 1886.

Ruiz. La cure de l'altitude des maladies nerveuses. 1904. Arch. de terapeut. de las enfermedades Nerviosas y mental. Higioterapia An. II, № 7, p. 12.

Rummo. Neurastenia gastrica con modica gastrectasia. La Riforma medica, 1899, XV, II, 270.

Ruta. Patogenesi e cura della neurastenia. Riforma Medica, 1896, I, p. 589—591.

Sachs. Functional nervous troubles: neurasthenia; its occurence in young and old: symptomatology and treatment. Internat. Clin., Phila., 1891, I, 237—246.

Saillard. La neurasthénie et son traitement. Rev. de Thérap. méd.-Chir., 1895, LXII, 107, 144.

Salivas. Sur le rôle attribué à la dilatation de l'estomac et à l'entéroptose dans l'évolution de la neurasthénie. La Dosimétrie, 1897, fev., № 2, 39—41.

Salmon. (Sur le traitement des neurasthénies graves par la spermine). Berlin. klin. Wchnschr., 1899, № 34.

Sancte de Sanctis e Longarini. Neologismi e Pseudo-neologismi nei neurastenici. Riv. sperim. di Freniatr. 1900, XXVI.

— Sulla Neurastenia. Morgagni, Milano, 1890, XXXII, 423.

Savage. Discussion on neurasthenia and its treatment. Brit. M. J., London, 1894, II, 522—525.

Savill. Clinical lectures on neurasthenia. 1899.

Saxe. Troubles psychiques chez les tuberculeux. 1903. New.-York. med. Journal 8 Août.

Schacht. Über manuelle vibratorische Behandlung. Balneolog. Central-Zeitung. 1903.

Schalenkamp. Impuissance sexuelle à la suite de la neurasthénie. 1902. Bruxelles.

Scheiber. Ein Fall von circulärem Irresein mit täglich alternirendem Typus, nebst Bemerkungen zur sogenannten circulären Neurasthenie. Pest. med.-chir. Presse. 1901. XXXVII, 424—428.

Schmidt. Ueber Wesen, Symptome und Behandlung der Neurasthenie. Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk. in Dresden, 1893—4, 24—26.

Schott. Ueber Hypochondrie und hypochondrische Zustände Berl. Klin. Wochenschr. 1904 № 51. p. 1325.

Schreiber. Abnorme Geschmacksempfindung bei Neurasthenia sexualis. Med. Ztg., 1889—90, I, 206—210.

Schrenck-Notzing. Ein Beitrag zur psychischen und suggestiven Behandlung der Neurasthenie. Berlin, 1894.

Schultze. Un caso di tremore neurastenico consecutivo à trauma. Bull. delle cliniche, 1900, № 7, p. 324.

Schwabe. Die seeclimatische Cur für anämische und neurasthenische Kinder. Deutsche Med. Wochnschr., 1888, № 4, XIV, 78.

Schwarz. Ueber akute nervöse Erschöpfung. Wien. med. Wchnschr., 1894, XLIV, 886, 931, 992.

Seliger. Prostataneurosen und sexuelle Neurasthenie. Aertl. Prakt. Hamb., 1892. V, 469—471.

Sergent. Contribution à l'étude de la rétention dans la neurasthénie urinaire. Paris, Thèse de Doct., 1899.

Seyer. Neurasthénie et Nymphomanie. 1902. Normandie méd. 337—339.

Sharp. Neurasthenia and its treatment. J. Am. M. Ass., Chicago, 1899, XXXII, 71—73.

Siegfried. Ueber Vibrationsmassage, insbesondere bei Herzkrankheiten. Deutsche Mediz. Zeit. № 41. 1901.

Siredey. La neurasthénie utérine. Gaz. hebdom. I, 39. 1898.

Скориченко-Амбодикъ. Массажъ. Энциклопедическій Словарь. томъ XVIII.

Smith. The treatment of neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago, 1901, XXXVI, 234.

Snow. The electrostatic treatment of neurasthenia. Post-Graduate N. Y. 1900, VI, 1355—1358.

Solaro. Delle emorragie della neurastenia. La Riforma medica. 1897. IV, No. 7. p. 73.

Sollier. Ueber eine circuläre Form der Neurasthenie. Internat. klin. Rundschau. 1894. VIII. p. 194. 310. 378.

Sorel. Neurasthénie urinaire: crises de rétention d'urine. Cong. d'urol., Paris, 1897, Oct. 21—23.

Souleyre. Neurasthénie et génitopathies féminines. Paris. thèse de doct., 1898.

Sove. Neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago. 1894. XXII. 539—544.

Stadelmann. Discrete Nervenschwäche. Würzburg. 1898.

— Beitrag zur Therapie der sexuellen Neurasthenie. Congr. internat. de neurolog., de psychiat. 1897. Brux., 1898. I. fasc. 3, 59.

Stefani. Contributo allo studio dell'ansia neurastenica e dei fenomeni che l'accompagnano. Riv. sper. di Freniat., 1891. XVI, 317—345.

Stegmann. Ueber Stoffwechseluntersuchungen bei Neurasthenie. Arch. f. Psychiat.. 1898, XXX. 673—677.

Stern. Behandlung der Hysterie, Neurasthenie und Tabes dorsalis mit Kaninchenrückenmarks-Extract. Orvosi Hetilap, № 28. 1898.

Sterne. The treatment of neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago, 1901, XXXVI, 234—235.

Stiller. Ueber Enteroptose im Lichte eines neuen Stigma neurasthenicum. Arch. f. Verdauungskr., 1896, II, 285—295.

— Die Lehre von der Enteroptose und nervösen Dyspepsie auf Grund des Costalstigmas. Berl. Klin. Wochenschft, 1899, No. 36, 787—791.

Strahan. Puzzling conditions of the heart and other organs dependent on neurasthenia. Brit. M. J., 1885, II, 435—437.

— Neurasthenia, acute and chronic, and its importance. Dublin. J. M. Sc., 1885., LXXX, 195—220.

Strauss. Die Behandlung des hochgradigen Neurasthenikers. N. Gsndhtswarte, Kötzschenbroda, 1900, III, 78.

— Ueber Blutdruckmessungen im Dienste der Diagnostik traumatischer Neurasthenien und Hysterien. Neurol. Centralbl., 1901, XX, 106—111.

Strümpell. Учебникъ частной патологіи и терапіи. 1894.

Sury-Bienz. Neurasthenie. Vierteljschr. f. gerichtl. Med., 1891. I. 125—133.

Tanzi. La diatesi di incoercibilità psychica nei neurastenici. Arch. ital. per le mal. nerv., 1891, XXVIII, 132—141.

Traugott. Die nervöse Schlaflosigkeit u. ihre Behandlung. 1902. Leipzig.

Taylor. Climate or environment as a factor in the repair of neurasthenia and melancholia. Congress of Amer. Phys. a. Surg., Washington, 1897.

Tissot. Un cas de neurasthénie traumatique ayant évolué à longue échéance vers le délire systématique. Soc. méd. psych. Séance du 30 dec. 1903.

Triantaphyllidès. Neurasthénie paludéenne 1902. Grèce méd.: IV p. 21—22.

— Neurasthénie palustre. Arch. de Neurol., Paris, 1894, XXVIII, 91—108.

Jurisprudence des Cours et Trilunaux. 1903. Recueil special des accidents du travail, IV ann. № 33, Juillet, p. 107—108.

Tullio. Le idee fisse considerate comme disturbi psichici della neurastenia. Giorn. di neuropatol., 1888, VI, 161—197.

Turquet. Dyspepsie et neurasthénie, ou de la neurasthénie dyspeptique. Paris, Th. de Doct., 1899.

Valentin. Du traitement des neurasthénies graves par la psychothérapie. Rev. de l'hypnot. 1896, XI, 116—124.

Vedrani. Alcune note intorno ala neurastenia pulsante. Boll. di manic. provinc. di Ferrara, 1898, XXV, 1—6.

Vento. Il fosfo-streino-peptone nella neurastenia dispeptica. Neuroterapia mod., 1900, IV.

— Los corrientes galvanica y faradicas en el tratamiente de la neurastenia. 1903. Revista de medicina y cirurgia de la Habana.

Ventosa. Neurastenia y capsula supra-renal. Correspond. Méd., 1895—6, XXX, 387.

Ventra. Le idée fisse impulsive (Paranoia rudimentale impulsiva). Il Manicomio moderno. Dicembre. 1888.

Verhoogen. La neurasthénie dans ses rapports avec les maladies des voies urinaires. Policlinique, Brux., 1897, VI, 163—168.

Vespa. Il riflesso cremasterio nella neurastenia. Boll. d. Soc. Lancotùqua di Osp. di Roma, 1897, XVII, fasc. I, 145.

Vetlesen (De l'emploi de l'extrait cérébral dans le traitement de la unerasthénie). Norsk. Mag. f. Loegev., Christiania, 1895, mars.

Vevey. Neurasthénie grave à la suite d'une intoxication par une infusion de fleurs de Cytise. Comptes rendus d. séances de la Soc. de Biol. 23. I. p. 86. 1897.

Vial. Dégénérescence mentale et neurasthénie. Thèse de Lyon 1897.

Vidal. Traitement de la neurasthénie féminine par les extraits d'ovaire. XIII. Cong. internat. de Méd., Sect. de Gynéc., 1900. Paris, 1901 Compt. rend., 378—385.

Vigouroux. De l'étiologie des névroses fonctionnelles (Hystérie et neurasthénie). Neurol. Centralbl., 1898, XVII, 338.

— Le traitement électrique de la neurasthénie. Gaz. d. Hôp., 1891, LXIV, 997—999.

— Neurasthénie et arthritisme, urologie, régime alimentaire, traitement. Progrès méd., 1893.

Vinaj. La psyche nell'isterismo e nella neurastenia; osservazioni cliniche. Milano. 1894.

— (L'Hydrothérapie de la Neurasthénie, hysterie etc.) 1902. Milano.

Vitek. Les névroses traumatiques et la question de leur simulation. 1902 Sbirka Prednasck a Rospraw zoborn Lekarskiego № 95 & 96.

— Un cas de Neurasthénie traumatique. 1902. Casopis lekaru ceskich.

Vogt. Zur Indication der Beschäftigungstherapie bei functionellen Nervenkrankheiten. Wien. klin. Rundschau, 1900. № 2 u. 3.

Wagner. Zur Begriffsbestimmung und Therapie der Neurasthenie. Cor.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, 1888, 241, 271.

Walker. Les Symptômes mentaux dans la Neurasthénie. 1902. Philadelphia. Méd. Jour. 22 Novbr.

Walton. Spinal irritation and neurasthenia. Bost. M. a. Surg. J., 1884, CX, 471.

Watson. The treatment of neurasthenia. J. Am. M. Ass., Chicago, 1901, XXXVI, 234.

Webber. Spinal irritation and neurasthenia. Bost. M. a. S. J., 1884, CX, 470.

— A study of arterial tension in neurasthenia. Boston M. a. S. J., 1888, CXVIII, 441—445.

Weber. Further contributions to the pathology and therapy of neurasthenia spinalis. Med. Rec., N. Y., 1893, XLIV, 321—323.

Weygandt. 1903. Atlas „Psychiatrie“ Würzbourg.

Wichmann. Bemerkungen über Neurasthenie. Aerzt. Prakt. 1892, V, 465, 469.

— Sexuelle neurasthenie. Iéna, 1901.

— Lebensregeln für Neurastheniker. Berlin 1901.

— Die Neurasthenie. 1904.

Wiederhold. Neurasthénie et son traitement. 1895.

Wiener. A new treatment of seminal weakness. with special reference to sexual neurasthenia. Med. Rec., N. Y., 1895, XLVII, 466—468.

Wilhelm. Die Elektricität, ihre Anwendung bei chronischer Nervenschwäche. Nervosität und Neurasthenie. Wien, 1891.

Willcomb. Neurasthenia treatment with electricity. Wisconsin M. Rec., Janesville, 1901, IV, 131—134.

Williamson. Neurasthénie et impuissance génitale. 1902. New York Med. Journal 12 Octobre.

Windscheid. Die Pathologie und Therapie der klimakterischen Neurose. Deutsche Praxis, 7. 1898.

Wogf. Sur la Neurasthénie. 1903. Norsk. Magazin for Loegevidenskaben, p. 465—482.

Wollenberg. Die Hypochondrie. Nothnagel, spezielle Pathol. u. Therap. XII. Bd. 5—6 Heft. 1904.

Zanoni. Preparazione di un estratto di sostanza nervosa, e sue applicazione alla cura di malattie nervose. 1902. Gaz. degli ospedali. № 141.

Zbinden. Neurasthénie et psychothérapie. 1902.

Zenner. Treatment of nervousness. Cincin. Lancet-Clinic, 1889. XXIII, 489.

Ziehen. Руководство къ психіатріи. 1897.

— Die Neurasthenie. 1898.

(597)

Алфавитный указатель авторовъ.